

MICHAEL BLUMENFIELD
MARIA TIAMSON-KASSAB



MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

2ª EDIÇÃO





B658m Blumenfield, Michael

Medicina psicossomática [recurso eletrônico] / Michael Blumenfield ; Maria Tiamson-Kassab ; tradução Alba Helena de Mattos Mercadante Guedes. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2010.

Editado também como livro impresso em 2010.
ISBN 978-85-363-2276-6

1. Psiquiatria. 2. Transtornos psicofisiológicos. I. Tiamson-Kassab, Maria. II. Título.

CDU 616.89

Catálogo na publicação Renata de Souza Borges – CRB 10/1922

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

2ª Edição

MICHAEL BLUMENFIELD, MD

The Sidney E. Frank Professor Emeritus
of Psychiatry and Behavioral Sciences
New York Medical College
Valhalla, New York

MARIA TIAMSON-KASSAB, MD

Assistant Clinical Professor of Psychiatry
New York Medical College
Consultation-Liaison Psychiatrist
VA Hudson Valley Health Care Systems
Castle Point, New York

Tradução

Alba Helena de Mattos Mercadante Guedes

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição

Neury José Botega

*Psiquiatra. Professor Titular de Psicologia Médica do Departamento
de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas.*

Versão impressa
desta obra: 2010



2010

Obra originalmente publicada sob o título *Psychosomatic Medicine: A Practical Guide*, 2nd Edition.

ISBN 978-0-7817-7242-6

© 2009 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a Wolters Kluwer business

Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health Inc. USA

Indicações, reações colaterais e programação de dosagens estão precisas nesta obra, mas poderão sofrer mudanças com o tempo. Recomenda-se ao leitor sempre consultar a bula do medicamento antes de sua administração. Os autores e as editoras não se responsabilizam por erros ou omissões ou quaisquer consequências advindas da aplicação de informação contida nesta obra.

Capa

Henrique Chaves Caravantes

Preparação do original

Cristiane Marques Machado

Leitura final

Luana Diehl Severo

Supervisão editorial

Cláudia Bittencourt

Projeto e editoração

Armazém Digital® Editoração Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana

90040-340 Porto Alegre RS

Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Angélica, 1091 - Higienópolis

01227-100 São Paulo SP

Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL

Aos nossos professores, alunos e pacientes
que nos ensinaram tudo o que sabemos.
Nosso agradecimento especial a Susan e Makhoul
por nos encorajarem a concluir este projeto.
Gostaríamos de dedicar esta segunda edição a
todos os nossos colegas que trouxeram o campo
da interconsulta psiquiátrica ao *status* de
subespecialidade e à próxima geração de
psiquiatras, que desenvolverá uma
nova era na medicina psicossomática.

Prefácio

Passaram-se seis anos desde a publicação de nossa primeira edição. Foi muito gratificante para nós ver que alunos e membros da equipe, assim como médicos consultores, enfermeiros e outros profissionais da saúde mental que trabalham no *setting* clínico/cirúrgico consideraram útil carregar este livro com eles em suas interações diárias com os pacientes. Em junho de 2003, a interconsulta psiquiátrica, hoje formalmente conhecida como *medicina psicossomática*, foi reconhecida como uma subespecialidade da psiquiatria, com certificação da American Board of Psychiatry and Neurology. Isso, é claro, fez crescer o interesse em *fellowships* (bolsas universitárias) nessa área após a conclusão das residências de psiquiatria, o que não apenas traz mais subespecialistas à nossa área, mas também faz com que o interesse geral por ela seja maior e as expectativas de nossos colegas de que os tópicos especiais correspondentes sejam abordados aumentem. Houve alguns grandes e importantes livros sobre medicina psicossomática, incluindo o livro editado por Blumenfield e Strain, publicado pela editora Lippincott, com um DVD adicional. O objetivo dessa pequena obra era se tornar uma fonte de primeira linha de informações essenciais, assim como fornecer diretrizes práticas para a abordagem clínica dos pacientes. O acesso aos grandes e importantes livros e a informações de pesquisas baseadas em evidências atualizadas, obtidas na *internet*, deveria ocorrer a seguir no trabalho clínico.

Para esta edição, revisamos cada um dos capítulos e fizemos acréscimos ou alterações de maneira que o tópico permanecesse atual e que as áreas que havíamos deixado de fora fossem abordadas. A maior parte das diretrizes práticas ainda é bastante aplicável. Acrescentamos um capítulo sobre psiquiatria em cirurgia e transplante, a fim de consolidar as informações sobre esse tema. Criamos um capítulo especial sobre as questões femininas e outro sobre psiquiatria em desastres. Procuramos ser consistentes nesta edição quanto à interconsulta psiquiátrica (*Consultation-Liaison*), considerando os dois componentes da área, interconsulta e ligação, e não uma dicotomia. Além disso,

revisamos alguns dos *websites* apropriados para cada capítulo. No entanto, reconhecemos que uma pesquisa na *internet*, que pode e deve ser feita pelo leitor, trará as informações mais atualizadas, podendo ser direcionada especificamente a quaisquer questões pertinentes.

Acreditamos que, no moderno mundo de hoje, cabe aos médicos o acesso à pesquisa baseada em evidências mais atualizada, assim como um bom conhecimento do estado da arte para a abordagem de pacientes com uma condição específica. Além disso, é essencial a aplicação de *insight* psicológico e de uma boa técnica clínica junto ao leito do paciente. Esperamos que este livro continue a ser uma parte importante da combinação de recursos que os clínicos utilizam, juntamente com livros-texto abrangentes e pesquisas na literatura.

Queremos lembrar também que a comunicação direta e a interação com colegas em nível local, da mesma forma que reuniões nacionais, como a da Academy of Psychosomatic Medicine e a da American Psychiatric Association, definem o crescimento e a educação continuada que todos devemos buscar. Ao nos aproximarmos da segunda década deste século, também teremos a oportunidade de interagir, junto ao leito do paciente, com dispositivos de acesso à *internet*, registros eletrônicos e listas de endereços de colegas, e que incorporem vídeo-conferência entre colegas e pacientes, além de várias outras novas abordagens, que serão discutidas em edições futuras deste e de outros livros.

Michael Blumenfield, MD
Woodland Hills, Califórnia

Maria Tiamson-Kassab, MD
Castle Point, Nova York

Prefácio da primeira edição

Ao analisarmos a situação atual da interconsulta psiquiátrica (C/L), testemunhamos várias mudanças importantes nas duas últimas décadas. Antes, grande parte de nossos pacientes era vista como apresentando problemas psicodinâmicos muito complexos, que interagem com sua doença física. Hoje, vemos que eles, com muita frequência, sofrem de problemas que requerem uso cuidadoso de medicação psicotrópica, juntamente com apoio psicológico eclético habilidoso, incluindo as mais recentes técnicas cognitivo-comportamentais.

Nos programas de treinamento para interconsulta psiquiátrica, era prática comum os alunos realizarem visitas regulares de psicoterapia ao *setting* clínico/cirúrgico, que eram supervisionadas em demoradas sessões de ensino. Atualmente, em várias situações, isso mudou para uma supervisão rápida, já que os médicos consultores agora têm grandes responsabilidades com casos clínicos, além das de supervisão.

Antigamente era mais comum que interconsultores tivessem relações de ligação rotineiras com unidades clínicas ou cirúrgicas específicas, fazendo parte do grupo de trabalho algumas vezes por semana. Embora esses arranjos não sejam tão difundidos hoje, há novas oportunidades para psiquiatras de interconsulta estabelecerem relações especiais com grupos de especialidade em recente desenvolvimento, em áreas como AIDS, vários serviços de transplantes, oncologia especializada, trauma, fertilidade, obstetrícia de alto risco, entre outras. No final de cada capítulo deste livro, fizemos sugestões para áreas com potencial de atividades de inter-relacionamento. Acreditamos que, quando pudermos utilizar esse modelo, será possível fazer um trabalho mais gratificante e mais eficaz.

Ficamos sempre impressionados com o constante fluxo de novos psiquiatras ansiosos por assumir a responsabilidade e trabalhar na interface entre a psiquiatria e outras especialidades. Como professores nessa área, é sempre um privilégio trabalhar com nossos novos colegas à beira do leito e observar sua empatia e sensibilidade para com os pacientes. Recebemos com prazer a

oportunidade de compartilhar seu entusiasmo e passar nossa experiência neste trabalho. Certamente, há livros excelentes sobre nossa especialidade, e estimulamos nossos leitores a montarem uma coleção deles e a absorverem seu conteúdo com o tempo. Com este livro, não tínhamos a intenção de reunir o estado de nosso conhecimento de maneira abrangente, mas esperamos fornecer uma orientação à psiquiatria de consultoria e ligação e às principais áreas em que ela atua. Recorremos à nossa experiência, às várias anotações de aulas que utilizamos nos últimos anos. Optamos por não incluir todo esse material nas referências, já que sabíamos que não seríamos capazes de rastrear as fontes de nosso próprio conhecimento. Agradecemos e valorizamos nossos professores e todos os autores de livros e artigos que lemos e que continuam a enriquecer nosso campo.

Também reconhecemos que agora estamos trabalhando em um ambiente médico baseado em evidências. Os psiquiatras modernos devem ter o computador e a *internet* como uma extensão deles mesmos. Ao fazermos nossas reuniões semanais sobre fichas de pacientes, tentamos ter uma pessoa verificando a *internet* conforme revisamos os casos, a fim de nos mantermos atualizados com a literatura mais atual. O ideal é que haja textos impressos adequados incorporados aos nossos relatórios de consultas. Hoje, com o desenvolvimento de dispositivos portáteis, esperamos que, em pouco tempo, sejamos capazes de investigar facilmente a literatura, incluir dados e preparar nossos relatórios à beira do leito.

Esperamos que este livro não apenas consiga encontrar seu caminho e seja útil para psiquiatras interconsultores novos e experientes que assumem a tarefa desafiadora e sempre interessante de entrevistar pacientes na interface clínica/cirúrgica, mas que também seja utilizado por profissionais de outras especialidades médicas. Muitos de nossos colegas psiquiatras e psicólogos que trabalham em nossa área ou em outro *setting* com frequência têm um profundo interesse e formação em interconsulta. Todos os dias, conversamos com enfermeiros e assistentes sociais com quem trocamos impressões sobre nossos pacientes e que estão bastante ligados aos conceitos que discutimos neste livro. Sempre que encontramos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros profissionais que trabalham com pacientes, há uma curiosidade aliada a um profundo conhecimento sobre essas questões. Embora saibamos que raramente o médico

não psiquiatra terá tempo de ler nosso livro, sabemos que essas páginas se relacionam a seu trabalho. Sabemos também que os estudantes de medicina que passarão por todas as áreas médicas têm um interesse permanente no que causa tiques nos pacientes e, especialmente, sabemos como esse interesse se refere a todos os aspectos da medicina. Assim, esperamos que este livro encontre seu caminho para currículo, mesas e bolsos da maior quantidade possível de estudantes de medicina.

Michael Blumenfield, MD

Maria Tiamson, MD

Apresentação

Medicina psicossomática chega em um momento crucial da história da psiquiatria e da medicina. A medicina moderna desafia cada vez mais o equilíbrio psicológico dos pacientes. Tanto as tecnologias sofisticadas dos hospitais quanto os medicamentos e procedimentos múltiplos a que os indivíduos são submetidos promovem reações orgânicas e psicológicas que exigem avaliação e tratamento psiquiátricos. A interconsulta psiquiátrica é a subespecialidade psiquiátrica que liga a psiquiatria a outras especialidades da medicina. É praticada em ambientes hospitalares e ambulatoriais onde os indivíduos doentes, ou aqueles que acreditam estar doentes, apresentam-se a médicos não psiquiatras. Essa subespecialidade tem um corpo único de conhecimento. Sua importância foi ratificada pela recente decisão da American Board of Psychiatry and Neurology de endossar a interconsulta psiquiátrica, agora nomeada medicina psicossomática, ao *status* de subespecialidade formal, que exigirá treinamento complementar em *fellowship* e um exame pela entidade. Nunca haverá psiquiatras consultores com treinamento formal em número suficiente para atender às necessidades de pacientes ou médicos que precisem desses serviços de consultoria. Assim, o psiquiatra geral deve possuir um nível básico de habilidades e conhecimento para realizar consultas e compreender os fatores de estresse relacionados a doenças e a tratamentos específicos. Também são necessários recursos para essa base de conhecimentos. Este livro fornece claramente essas informações.

O dr. Michael Blumenfield é uma autoridade na interconsulta psiquiátrica na prática assistencial, na educação e na pesquisa clínica há mais de três décadas. Este livro escrito por ele e sua respeitada coautora, dra. Maria Tiamson-Kassab, contém informações que todos os psiquiatras precisarão de forma contínua, seja qual for a sua especialidade. Oferece uma rápida introdução aos sofisticados avanços da medicina, os quais são cada vez mais observados na prática psiquiátrica de rotina. Questões específicas, como a psiquiatria em transplante, *settings* de cuidado intensivo altamente técnicos e problemas especiais com novos

medicamentos, que promovem reações orgânicas, são discutidas de maneira concisa e com foco clínico.

Cada capítulo traz um esboço sobre as principais questões clínicas que o psiquiatra consultor encontra. Grande parte do livro é dedicada aos aspectos psiquiátricos de pacientes com doenças neoplásicas, lesões traumáticas e por queimadura, estados cardiovasculares, insuficiência renal crônica e problemas obstétricos. A significativa incidência de problemas psiquiátricos nessas populações exige cuidado multidisciplinar. Alguns exemplos clínicos oferecem ao leitor conselhos sobre como tratar problemas relacionados a comorbidades clínicas difíceis em cada área de doenças. Os exemplos clínicos de pacientes nos capítulos dão vida a eles. Uma das abordagens mais eficazes à interconsulta psiquiátrica é o desenvolvimento de uma relação contínua com uma unidade hospitalar ou clínica específica. Isso recebeu o nome de “ligação” e possibilita uma forma eficiente de ensinar aos colegas sobre temas amplos no manejo da comorbidade psiquiátrica, assim como a supervisão indireta de casos problemáticos. Os autores discutem os potenciais de interação para se trabalhar na interface em várias situações de doença. A estratégia sugerida para estabelecer essas relações será útil para maximizar a interface psiquiátrica com outras especialidades.

Dois capítulos merecem atenção particular. Michael Blumenfield é uma das autoridades nos aspectos psicológicos de transtornos relacionados a queimadura e trauma. Seu livro anterior sobre o assunto é bem conhecido em nossa área.¹ Já Tiamson-Kassab tem experiência única em HIV/AIDS. Os psiquiatras são cada vez mais chamados para tratar a desmoralização frequentemente encontrada em pacientes com uma condição desse tipo, bem como tratar as reações psicológicas aos medicamentos e à doença em si.²

Como a depressão é cada vez mais reconhecida como uma variável significativa, que prediz a mortalidade tanto no infarto do miocárdio quanto na doença cerebrovascular, o capítulo sobre cardiologia é essencial para todos os psiquiatras, pois esses profissionais devem estar familiarizados com os dados mais recentes nessa área a fim de tratarem melhor os pacientes com doença cardiovascular. Além das áreas de conteúdo específico, o capítulo inicial sobre a realização da interconsulta psiquiátrica, assim como os capítulos finais, sobre os aspectos forenses da interconsulta psiquiátrica e sobre a morte e o morrer, também são

importantes elementos, e deveriam estar dentro do conjunto de habilidades dos psiquiatras generalistas.

Este livro é um recurso prático aos psiquiatras que penetram a interface de condições clínicas e cirúrgicas. Deve estar na estante de todos os psiquiatras, já que, obviamente, somos, em primeiro lugar, médicos, e especialistas em segundo lugar. Também deve fazer parte da biblioteca de enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais e psicólogos que trabalham em *settings* clínicos e cirúrgicos.

Passar por uma doença é um dos maiores desafios da vida. Os psiquiatras podem ajudar os indivíduos a lidar com isso. Este livro os auxiliará nessa tarefa.

Thomas N. Wise, MD

Professor de Serviços Comportamentais e de Psiquiatria
Faculdade de Medicina Johns Hopkins

REFERÊNCIAS

1. Blumenfield M and Schoeps M. *Psychological Care of the Burn and Trauma Patient*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.
2. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999;40:325–329.

Sumário

1	Princípios da interconsulta psiquiátrica	19
2	Psicocardiologia.....	36
3	Psico-oncologia	54
4	Psiconefrologia	73
5	Cuidado psicológico do paciente com queimadura e trauma	88
6	Cuidado psicológico da paciente obstétrica	95
7	Aspectos psiquiátricos da saúde da mulher.....	113
8	Aspectos psiquiátricos da gastroenterologia	124
9	Endocrinologia e distúrbios autoimunes.....	137
10	Aspectos psiquiátricos dos transtornos neurológicos	151
11	Aspectos psiquiátricos da cirurgia e do transplante	164
12	Psiquiatria no vírus de imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida	176
13	Transtornos somatoformes, transtornos factícios e simulação.....	187
14	Manejo da dor	198
15	Determinação da capacidade.....	214
16	Questões psicodinâmicas e psicoterapia no <i>setting</i> da interconsulta psiquiátrica	220
17	Questões sobre abuso de substâncias no <i>setting</i> clínico	236
18	Psiquiatria em desastres.....	249
19	A morte, o morrer e o luto.....	256
	Anexo	269
	Índice	283

1

Princípios da interconsulta psiquiátrica

Conceitos essenciais

- Se possível, fale diretamente com a equipe médica e faça uma revisão preliminar da ficha antes de ver o paciente.
- Estabeleça uma rápida relação com o paciente, atendendo às necessidades de conforto físico e criando um espaço particular no quarto do hospital.
- Avalie cuidadosamente risco de suicídio, psicose e prejuízo cognitivo potencialmente omitidos.

Há muitos anos, a cada quatro meses, temos o privilégio de orientar um novo grupo de residentes em psiquiatria no início de seu estágio em interconsulta psiquiátrica, que hoje conhecemos por *medicina psicossomática*. Sua tarefa é representar nosso serviço, e portanto nosso departamento, para o restante do centro médico, como uma resposta inicial às solicitações de uma interconsulta psiquiátrica. Os residentes já passaram por pelo menos dois anos de treinamento psiquiátrico, sendo frequentemente três. Eles têm bastante *backup*, e praticamente todos os seus casos são em seguida vistos por um supervisor experiente, com eles ao seu lado. Além disso, eles têm a oportunidade de discutir o contato posterior de seguimento e qualquer trabalho de ligação que possa acontecer nos vários serviços clínicos/cirúrgicos ou que possam desejar desenvolver durante o tempo eletivo subsequente conosco.

Este capítulo (na realidade, todo o livro) oferece informações e técnicas especializadas que tentamos fornecer para os residentes que assumem a tarefa de serem psiquiatras de consultoria e ligação, ou especialistas em interconsulta psiquiátrica. Queremos que tenham conhecimento sobre a medicina psicossomática em cada área na qual forem chamados para consultas. Esperamos que este livro nos coloque nos bolsos dos leitores, não como

uma referência detalhada, mas sim como uma preparação para o excitante e interessante mundo da medicina psicossomática.

SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA

A solicitação inicial de uma consulta psiquiátrica pode ser feita por telefone a uma secretária ou por meio de um recado em secretária eletrônica, fax, *e-mail*, *page* ou pessoalmente. O ideal é que a solicitação de consulta seja feita pela pessoa clinicamente responsável pelo cuidado do paciente, em geral o médico assistente. Nem sempre isso ocorre, e, algumas vezes, um residente júnior, estudante de medicina, enfermeiro, assistente social, administrador ou funcionário da ala pode ser designado para fazer contato com o psiquiatra ou com o serviço de interconsulta. Também deve haver uma indicação por escrito na ficha de que o médico responsável pelo tratamento está ciente da solicitação de consulta e é favorável à sua realização.

Normalmente, a solicitação de uma consulta inclui alguma indicação da urgência da situação. Em situações de cuidado mais agudo, uma solicitação “urgente” significa “o mais breve possível”, com frequência em minutos ou horas. Em geral, a melhor maneira de se lidar com essas solicitações urgentes é por meio de contato pessoal com o médico do paciente. Em casos hospitalares agudos, a maioria das consultas é atendida em 24 horas. Dependendo da situação, pode ser perfeitamente aceitável que se faça o contato inicial com o paciente em 48 a 72 horas, mas recomendamos que se verifique esse prazo com a pessoa a ser consultada, se for necessária essa espera. Às vezes, entramos em contato imediatamente com o paciente para avaliar a urgência da situação, fazer uma anotação preliminar na ficha e indicar que faremos o seguimento nos próximos dias.

ANTES DE VER O PACIENTE

Recomendamos conversar com o médico solicitante antes de ver o paciente. Dependendo do caso, pode ser apropriado perguntar a respeito do prognóstico do paciente, planos de cirurgia, planos para alta, medicamentos, indicação de risco percebido, se o paciente sabe que você o verá, e nunca é demais perguntar: “Há algo mais que eu deva saber?”.

Ao chegar ao hospital, aproveite a oportunidade para conversar com o enfermeiro ou com o assistente social que trabalha com o paciente. Embora as regras de confidencialidade possam impedir que um profissional revele tudo o que sabe sobre o paciente a outros, é sempre justo ouvir quaisquer informações fornecidas por outras pessoas que o conheçam. Não se esqueça de conversar com qualquer pessoa designada para “observação constante”, “sozinho” ou “especial”.

Frequentemente haverá um membro da família ao lado do leito quando você chegar. Os familiares deverão estar ansiosos para falar com você, o que é totalmente conveniente. Apesar de o paciente poder indicar que gostaria que houvesse um parente presente durante a entrevista, recomendamos que se passe pelo menos um pouco de tempo em particular com ele. Isso possibilitará que as questões delicadas ou embaraçosas sejam divulgadas mais livremente. Portanto, quando chegar ao leito e se apresentar, em geral é melhor explicar educadamente que gostaria de falar com o paciente em particular e que esse é o seu método usual de consulta. Muitas pessoas compreenderão e aceitarão isso. Após a entrevista particular, você pode pedir permissão ao paciente para falar com um membro da família e, dependendo das circunstâncias, diga-lhe que manterá o conteúdo de sua entrevista confidencial. Também deve pedir permissão ao paciente para entrar em contato com um psiquiatra externo ou outro profissional de saúde mental com o qual ele tenha trabalhado. Se o paciente estiver muito confuso ou psicótico para fornecer essa permissão, a urgência médica da situação geralmente permite que se busque sob perspectiva legal essa informação de qualquer maneira.

Problemas que costumam resultar em solicitações de consulta psiquiátrica no *setting* clínico/cirúrgico estão definidos na Tabela 1.1.

REVISANDO A FICHA

Recomendamos que você revise a ficha hospitalar antes de ver o paciente. Tal revisão pode ser mais ou menos completa ou minuciosa, dependendo da questão clínica. Há dois fatos importantes dos quais você deve estar ciente com relação à revisão da ficha. Em primeiro lugar, como um participante do cuidado do

Tabela 1.1 Problemas que costumam resultar em solicitações de consulta psiquiátrica

1. Reações agudas a estresse
2. Agressão ou impulsividade
3. Agitação
4. Síndrome de imunodeficiência adquirida ou infecção pelo vírus da imunodeficiência humana
5. Abuso de álcool ou drogas (incluindo estados de desintoxicação)
6. Ansiedade ou pânico
7. Avaliação de história psiquiátrica
8. Sequelas de queimadura
9. Alteração do estado mental
10. Abuso sofrido na infância
11. Enfrentamento da doença (<i>coping</i>)
12. Morte, morrer e luto
13. <i>Delirium</i>
14. Demência
15. Depressão
16. Determinação da capacidade e outras questões legais
17. Transtornos da alimentação
18. Terapia eletroconvulsiva
19. Questões éticas
20. Transtornos factícios
21. Problemas familiares
22. Abuso sofrido por idosos
23. Hipnose
24. Simulação de doença
25. Dor
26. Doenças psiquiátricas em crianças
27. Transtornos da personalidade
28. Transtorno de estresse pós-traumático
29. Cuidado relacionado à gestação
30. Cuidado psiquiátrico na unidade de cuidados intensivos
31. Manifestações psiquiátricas de doenças médicas e neurológicas
32. Fatores psicossociais que afetam doenças médicas
33. Testes psicológicos e neuropsicológicos
34. Psico-oncologia
35. Psicofarmacologia em comorbidade
36. Psicose
37. Contenção física
38. Abuso sexual
39. Transtornos do sono
40. Transtornos somatoformes
41. Suicídio
42. Doença terminal
43. Questões relacionadas a transplante

(De Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* 1998;39(4):8-30, com permissão.)

paciente, você é responsável pelo seu conteúdo. Em segundo, terá sorte se conseguir decifrar metade das anotações escritas à mão!

A abordagem feita na revisão da ficha é uma arte. Algumas pessoas começam com as anotações dos últimos progressos, outras olham primeiro as anotações da internação, e outras, ainda, olham inicialmente os dados laboratoriais mais recentes ou as notas da enfermagem. Na realidade, normalmente é necessário ler todos os dados mencionados, como o mínimo a se fazer em qualquer revisão de ficha. Além disso, também dê uma olhada na lista de medicações. Às vezes, pode haver uma anotação fora do serviço ou mesmo um resumo completo feito por outro consultor para colocá-lo a par. Depois de entrevistar o paciente, você terá uma ideia muito melhor de quais informações são mais relevantes.

ABORDAGEM DO PACIENTE

Os psiquiatras frequentemente não usam jalecos brancos ao trabalhar em seus consultórios. No entanto, no *setting* hospitalar, sugerimos que “Em Roma, faça como os romanos.”. Se os outros médicos costumam vestir jalecos brancos, achamos uma boa ideia que o consultor psiquiátrico também o faça. Isso identifica com clareza sua formação e, na maioria dos casos, contribui para que o paciente se sinta mais confortável com sua visita.

Embora pareça bastante básico, deve-se bater à porta e dar ao paciente a chance de perceber que você está entrando no quarto. Se ele estiver no meio de um procedimento, se estiver no banheiro ou tomando banho, é educado dizer que sente muito pela interrupção e que voltará mais tarde. Se estiver ao telefone, fazendo uma refeição ou recebendo visitas, sugerimos que indique com tato quem é você e que gostaria de conversar com ele. A maioria dos pacientes concordará alegremente em interromper sua atividade ou visita para conversar com você.

Se o paciente dividir o quarto com outra pessoa, você pode pedir a esta que aguarde em outro local da unidade, para que possam ter uma entrevista privada. No entanto, na maioria dos casos, isso não é possível, e você precisará recorrer a técnicas como fechar as cortinas, falar baixo e talvez aumentar ou abaixar

o volume do rádio ou da televisão próxima para facilitar a entrevista e torná-la tão particular quanto possível.

Em uma situação ideal, o paciente deve receber do médico que o trata uma breve explicação sobre sua visita e, portanto, não deve se surpreender quando você aparecer. Infelizmente, isso nem sempre acontece. Ao entrar, identifique-se pelo nome e mencione que é psiquiatra. Dependendo das circunstâncias, você pode e deve acrescentar informações que expliquem que você faz parte da equipe de tratamento, que atende todos ou a maior parte dos pacientes da unidade em questão (p. ex., queimadura, transplante ou diálise). Pode ser útil mencionar que o médico do paciente solicitou especificamente que o atendesse. Se tiver motivos para crer que o paciente não o esperava e que poderá resistir à sua visita, pode ser útil que um dos médicos ou enfermeiros que o tratam o apresente de fato a ele.

Se o paciente disser que não quer conversar com você, será preciso avaliar a situação clínica para determinar a importância de se obter sua cooperação. Simplesmente repetir que seu médico pediu que conversasse com ele e que não é preciso dizer qualquer coisa que não queira compartilhar pode, às vezes, superar essa resistência. Se o problema psiquiátrico não for urgente (p. ex., avaliação de uma depressão não suicida duradoura), não há necessidade de insistir. O paciente pode ou não concordar que você volte em outro momento. Entretanto, se a situação for uma emergência (p. ex., risco de suicídio iminente ou abstinência do álcool que represente um risco à vida), você deve insistir em ver o paciente. Não é incomum que este fique perturbado por precisar ser avaliado por um psiquiatra (i.e., “Não sou louco! Por que devo vê-lo?”). Uma possível abordagem seria a seguinte: “Sr. Smith, não atendo apenas pacientes com transtornos mentais. Além disso, ninguém disse que o senhor é louco. Lido com pacientes que não necessariamente tenham história psiquiátrica, mas que têm alguns problemas para lidar com sua doença. Espero ser capaz de ajudá-lo.”. Às vezes, pode-se usar o desejo do paciente de sair do hospital como incentivo: “Infelizmente, sr. Smith, antes de receber alta, será necessário que eu faça uma avaliação psiquiátrica para me certificar de que estará seguro em casa.”. Em todos os casos em que houver resistência por parte do paciente com relação à sua visita ou em que não haja possibilidade de fazer uma consulta apropriada, deve-se documentar na ficha e imediatamente notificar o médico que o trata.

Se você não falar o idioma do paciente, obviamente será necessário um intérprete competente. Em geral, recomendados que o intérprete não seja um membro próximo da família ou amigo, já que isso pode inibir o paciente ao revelar aspectos importantes de sua história. É claro que, em várias situações, o membro da família conhecerá todos os detalhes do caso, e isso não será um problema. Ao se trabalhar com intérpretes, normalmente pedimos que traduzam com exatidão o que dizemos e o que o paciente responde a fim de minimizar o acréscimo de opiniões ou impressões pessoais à tradução. No entanto, quando houver questões culturais que possam influenciar o quadro clínico, não há nada de errado em perguntar ao intérprete se está deixando passar questões significativas ou se tem uma opinião sobre o que, de fato, o paciente está tentando comunicar.

O AMPUTADO FALANTE DE ESPANHOL

Um homem de 24 anos, que falava espanhol, foi entrevistado com o auxílio de um intérprete após a cirurgia. Ele teve a parte inferior da perna direita amputada seis meses após um acidente de carro e várias cirurgias sem sucesso para salvar sua perna. Com base em sua história e estado mental, a impressão do consultor foi de que ele havia aprendido a aceitar que estaria melhor com uma prótese. O paciente pareceu levemente deprimido, negou qualquer ideação suicida e concordou em comparecer para seguimento ambulatorial. No entanto, o intérprete pareceu muito preocupado ao perceber que ele receberia alta e iria para casa. O consultor notou sua perturbação e, quando lhe perguntou o motivo, o intérprete explicou que era do mesmo país que o paciente e conhecia a área rural em que este havia sido criado. Ele disse ao psiquiatra que tinha quase certeza de que o paciente se mataria. Explicou que, para esse paciente, viver sem a perna significava que não era mais um “macho” e que não poderia mais se imaginar como um homem que funcionasse novamente. Foi localizado um psiquiatra falante de espanhol, que confirmou que esses eram sentimentos profundamente arraigados, incluindo a intenção de suicídio. O paciente foi hospitalizado por breve período em uma unidade psiquiátrica. Foi tratado com psicoterapia de curto prazo, que incluiu material educacional sobre próteses e uma visita de um paciente falante de espanhol que também tinha uma prótese. O paciente posteriormente recebeu alta para o cuidado ambulatorial.

A ENTREVISTA

Presumimos que o leitor deste livro tenha treinamento e experiência na entrevista médica de um paciente com uma doença ou lesão física, além de experiência e perícia na condução de uma entrevista psiquiátrica que inclua uma avaliação do estado mental. A entrevista exigida no *setting* da interconsulta é uma combinação das duas abordagens.

Após uma introdução adequada e o estabelecimento de um *setting* tão confidencial quanto possível, frequentemente fazemos um esforço para atender ao conforto físico do paciente. Oferecer um copo d'água, ajustar a cama ou desembaraçar fios e equipamentos de soro são gestos simbólicos por natureza e podem ajudar bastante a demonstrar que você se importa com ele. Também é importante que você se sinta confortável, encontrando um lugar para se sentar, de preferência em uma cadeira, e não no leito do paciente.

A abertura da entrevista deve variar de acordo com as circunstâncias, mas provavelmente será uma variação de: "Pode me dizer por que está no hospital?". Talvez você já tenha dito no primeiro contato: "Seu médico me falou um pouco sobre sua situação, mas eu gostaria de ouvir de você.". Algumas situações (p. ex., quando o paciente está agindo de maneira agitada ou chorosa, ou talvez querendo deixar o hospital contra o aconselhamento do médico) exigem uma abordagem completamente diferente. Nesse caso, em geral é melhor deixar claro que você compreende que há um problema e que gostaria de saber sobre ele.

Ao lidar com pacientes confusos ou excessivamente psicóticos, a abordagem de abertura também deverá ser ajustada. Eles podem não receber bem a ideia de que você é um psiquiatra e que está lá para avaliá-los. Você precisará ser breve e direto, já que o tempo de atenção do paciente pode não possibilitar uma entrevista completa e o desenvolvimento do relacionamento entre vocês. Outra situação que definirá a natureza da entrevista desde o início é se o paciente estiver com dor intensa. A dor atrapalha tudo! Isso significa que, quando ele estiver com dor significativa, geralmente é melhor que você volte sua atenção à natureza da dor, seu local, duração e intensidade e tente compreender o que a faz melhorar ou piorar. Uma parte importante da consulta será determinar se o paciente está submedicado para a dor, e você não estará perdendo tempo se fizer isso primeiro. Seu

interesse e preocupação referentes a esse tema lhe permitirão que proceda a outras partes da entrevista mais tarde.

Após a pergunta de abertura, passe a ouvir com atenção. Entrevistadores experientes sabem que algumas das informações mais valiosas virão em resposta à sua pergunta inicial. Em geral, usar questões abertas primeiro, seguidas por outras mais específicas, funciona bem. Tenha em mente que é provável que seja útil ouvir primeiro sobre o problema clínico-cirúrgico, porém, na maioria dos casos, não há necessidade de investigar de forma meticulosa cada sintoma, o que já terá sido feito. Por outro lado, não é desejável ir direto à entrevista psiquiátrica, já que o paciente, em geral, não vai ao hospital para esse tipo de cuidado e provavelmente está preocupado com as questões físicas. Você precisará combinar a entrevista médica com a psiquiátrica. O ideal é que suas pontes para as questões psicológicas e o estado mental sejam as associações do paciente, quando ele mencioná-las de maneira espontânea, ou quando você retomá-las posteriormente. Não é possível conduzir uma entrevista no *setting* hospitalar de forma rígida. Além de uma avaliação da pergunta realizada pelo médico assistente e de uma compreensão da principal preocupação do paciente, há quatro áreas sobre as quais você deve obter informações básicas. São as seguintes:

- Humor e afeto
- Risco de suicídio
- Psicose
- Função cognitiva

Também deve haver, pelo menos, uma breve avaliação de uma variedade de condições psiquiátricas, como abuso de substâncias, violência doméstica, transtorno obsessivo-compulsivo, pânico ou outros transtornos de ansiedade.

Uma consulta inicial normalmente é feita na primeira visita, o que significa que são obtidas as informações essenciais para a redação de seu relatório de consulta e recomendações. No entanto, há circunstâncias, em particular quando o paciente está muito doente, não cooperativo ou quando ele ou entrevistador precisa ir embora, nas quais outra consulta ou consultas serão necessárias antes que se possa redigir um relatório de consulta. Deve-se registrar na ficha qualquer contato com o paciente, mesmo quando o entrevistador estiver com pressa por alguma razão.

Conforme já mencionado, não é nosso objetivo neste capítulo ensiná-lo como fazer uma entrevista adequada, porém recomendamos a leitura do *Practical Guide on the Psychiatric Interview*,* do dr. Daniel Carlat (Lippincott & Wilkins, 2005). Entretanto, queremos enfatizar alguns dos componentes da entrevista (discutidos nos capítulos subsequentes), que com frequência se tornam o foco central da entrevista em interconsulta psiquiátrica.

Humor e afeto

Avalie o humor e o afeto do paciente (a expressão exteriorizada do humor). Qualquer perda de saúde ou função é geralmente acompanhada de sintomas de depressão. A avaliação do significado desses sintomas é complicada pela presença de doença física, que muitas vezes traz consigo apetite deficiente, dificuldade para dormir e, às vezes, apatia e distanciamento. Baixa autoestima e baixa autoavaliação são pistas úteis para depressão em pessoas com condições médicas. Pergunte também sobre depressão anterior e história familiar de transtornos afetivos que possam alertá-lo para a possibilidade atual dessa condição. Preste bastante atenção à sequência temporal dos sintomas da depressão em relação ao início da doença física e ao início dos medicamentos, já que determinadas doenças e substâncias podem causar depressão. Pergunte sobre episódios passados de mania que possam sugerir transtorno bipolar. O entrevistador experiente saberá que essas questões também devem descrever o comportamento pelo qual está procurando, em vez de perguntar apenas se o paciente apresentou um estado de ânimo em particular. Isso inclui saber sobre impulso para gastar dinheiro, redução na necessidade de sono, promiscuidade e outros comportamentos de tipo maníaco.

Risco de suicídio

A avaliação do risco de suicídio é uma parte essencial de qualquer entrevista. Não a negligencie no cenário médico de-

* N. de T. Publicado no Brasil, pela Artmed Editora, sob o título *Entrevista psiquiátrica*.

vido a uma preocupação, errônea, de que perguntas sobre esse tema possam incomodar o paciente. Uma boa maneira de introduzir com sutileza o assunto é perguntar: “Já sentiu vontade de desistir?”. Uma resposta afirmativa deve ser seguida pelos tipos de pensamento que passam pela cabeça do paciente e, eventualmente, deve-se perguntar a ele se já teve pensamentos sobre querer se matar. Mesmo uma resposta negativa à pergunta inicial deve ser seguida por uma pergunta clara quanto ao paciente ter ou não ideias suicidas no presente. Entrevistadores experientes desenvolverão suas próprias técnicas para avaliação do suicídio. Isso pode ser feito de maneira empática e cautelosa, que em geral será aceita pelo paciente. Os resultados dessa avaliação afetarão a disposição e, é claro, determinarão se o paciente necessitará ser transferido para uma instalação psiquiátrica.

Psicose

Nossos colegas clínicos e cirurgiões podem perceber a presença de psicose, reconhecendo-a como tal ou como um comportamento anormal ou inaceitável que cause uma inconformidade com o tratamento. Ao analisar o caso de psicose, você precisará determinar se esse é um sintoma de início recente ou parte de um transtorno psiquiátrico, como esquizofrenia. Também precisará considerar a possibilidade de os sintomas psicóticos, na realidade, estarem relacionados a uma condição médica. Alucinações visuais, olfativas e táteis, por exemplo, são frequentemente causadas por uma condição médica ou orgânica. Também há várias interações medicamentosas, assim como substâncias de abuso, que podem resultar em sintomas psicóticos. O interconsultor experiente já estará familiarizado com a maioria dessas interações. É importante que mesmo uma entrevista básica investigue a manifestação psicótica em alguma profundidade.

Cognição

O interconsultor deve buscar a mais sutil perturbação na cognição. Ao obter a história, atente-se cuidadosamente para evidências de dificuldade para encontrar palavras, concentração ou desorientação. Ainda que você tenha uma impressão

muito boa da cognição do paciente durante a obtenção da história, é aconselhável fazer algumas perguntas formais para avaliar a cognição. Peça-lhe para subtrair regressivamente de 7 em 7, começando em 100, ou para fazer cálculos simples, como: “Quantos centavos há em R\$1,10?”. Esse é um bom teste de concentração. Para testar a memória imediata, peça-lhe para repetir três termos comuns, como “azul, manteiga e elefante” e peça que repita as palavras cinco minutos depois. Pedir ao paciente para soletrar uma palavra, como “mundo” ou “cavalo” (no sentido normal e de trás para a frente), também é um bom e rápido teste de concentração. Essas tarefas são consideradas os melhores testes de rastreamento, e um desempenho ruim pode ser reflexo de um desempenho acadêmico deficiente ou ansiedade, devendo ser seguido por um avanço na avaliação clínica.

Também recomendamos alguns testes de lápis e papel simples de serem aplicados, por exemplo, desenhar um relógio. Dê ao seu paciente um pedaço de papel e peça que desenhe a face de um relógio, com os números e ponteiros na posição de 8h10min. Isso testará a memória e a capacidade de lidar com relações espaciais. O instrumento de avaliação mais utilizado é o *Mini Mental State Examination* (Miniexame do Estado Mental), que possibilita computar um escore de 0 a 30. Essa medida da função cognitiva é repetida e seguida durante o período de hospitalização. Se houver déficit cognitivo, será necessário determinar a etiologia fundamental. O Capítulo 10 fornece uma sugestão de abordagem a esse trabalho.

Além das ferramentas de rastreamento mencionadas, há alguns breves inventários de depressão (p. ex., a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton ou a Escala de Depressão de Zung), assim como duas ferramentas populares de rastreamento, CAGE e o Teste de Detecção de Alcoolismo de Michigan, utilizado para detectar o alcoolismo. Essas ferramentas são usadas, às vezes, como parte da consulta.

Em geral, você contará com o exame físico realizado pelo médico do paciente, que fornecerá informações sobre seu estado físico, com exames laboratoriais e outros. Entretanto, você pode desejar fazer um exame físico sumário, o que pode incluir avaliações específicas de órgãos, devido a queixas somáticas não

explicadas ou para verificar efeitos colaterais de medicamentos (p. ex., rigidez em roda dentada), sinais notáveis de autolesão, abuso de substâncias intravenosas ou presença de sinais de liberação frontal, tremor e sintomas parkinsonianos.

Há vários outros aspectos que precisam ser avaliados durante o curso de sua entrevista com o paciente, que serão discutidos em capítulos posteriores. Mencionamos três deles neste ponto porque têm, frequentemente, uma grande significância e, mesmo assim, são negligenciados, até que evoluam para problemas importantes.

1. **Dor e manejo da dor.** É importante ouvir do paciente a intensidade da dor que está sentindo, e se o manejo da dor parece ser adequado (Cap. 14).
2. **Pensamentos sobre a morte.** Esse é um tópico delicado para muitas pessoas, porém, se questionado de forma direta, os pacientes podem compartilhar medos, ansiedades e preocupações, e obter grande conforto ao fazê-lo (Cap. 19).
3. **Fantasias sobre por que e como o paciente ficou doente ou se feriu.** Permitir que seus pacientes dividam com você seus pensamentos e sentimentos sobre sua doença lhes permite um *insight* sobre seus problemas cotidianos (Cap. 16).

REGISTRO DA INTERCONSULTA

Depois de ter analisado a ficha, obtido todas as informações necessárias de fontes colaterais e entrevistado o paciente, você deverá escrever uma observação na ficha. Esse registro é muito importante, pois será lido pela equipe hospitalar e poderá ser revisto por comitês de revisão hospitalar, assim como por companhias de seguro e de registros médicos. Um tribunal poderá exigí-las por intimação, além disso, os registros médicos são legalmente disponibilizados para os pacientes. Entretanto, o mais importante é o fato de que as observações da consulta serão lidas e utilizadas pelo médico e pelos enfermeiros que cuidam do paciente.

EXEMPLOS DE INTERCONSULTAS

A seguir há alguns exemplos reconstruídos de interconsultas a partir de nossos arquivos. Não há um estilo em particular que deva ser seguido para a anotação das observações. Tudo depende das circunstâncias de cada caso, assim como das práticas usuais do médico, do serviço e do hospital. Como se pode observar, as interconsultas aqui apresentadas não são todas do mesmo estilo e foram redigidas por pessoas diferentes.

CASO 1

A paciente é uma mulher de 56 anos de idade com uma história de oito meses de câncer ovariano. Foi tratada com cirurgia e quimioterapia. Foi hospitalizada em (data) com planos de ser submetida a um segundo ciclo de quimioterapia. O trabalho médico de rotina estava em andamento quando a paciente, de forma súbita, disse à enfermeira que iria deixar o hospital e que queria suas roupas. A revisão de sua ficha hospitalar revelou que ela usava atualmente fluoxetina 20 mg, prescrita por seu especialista em medicina interna logo após ter sido diagnosticada com câncer. Não houve consulta a um psiquiatra ou qualquer outro profissional de saúde mental.

A paciente, no início, estava relutante em conversar com um psiquiatra, porém, após alguns minutos foi bastante colaborativa. Ela parecia ansiosa e reconhecia que tinha medo de morrer no hospital. Disse que havia sido informada de que teria de permanecer ali apenas por uma noite, e ficou aborrecida quando descobriu que os médicos previam que sua internação teria de ser vários dias mais longa. Quando fica ansiosa, descreve episódios de palpitações e um “sentimento terrível na boca do estômago”. Já apresentou sensações similares no passado (quando sua mãe morreu) e, mais recentemente, quando recebeu o diagnóstico de câncer. Durante esse último período, apresentou episódios de choro com dificuldade para dormir, sumindo e reaparecendo, por cerca de três meses. Acredita que a fluoxetina tenha ajudado com relação a esses sintomas, embora a ansiedade tenha continuado. A paciente também revelou que a mãe morrera por câncer no pulmão, aos 57 anos, e que completará essa idade na próxima semana. A paciente e seu marido são professores do Ensino Médio. Ela é casada há 32 anos e tem dois filhos adultos e solteiros (com 29 e 31 anos), que não moram com ela e trabalham na área de informática. Ela descreve seus familiares como sendo próximos e lhe fornecendo apoio, mas não consegue conversar com eles sobre

suas preocupações com a doença, já que apenas insistem em dizer que ela vai ficar bem.

Exame do estado mental: a paciente fez um relato de modo muito intenso. Sua fala foi relevante e coerente. Seu estado de ânimo era ansioso, e ela ficava chorosa e deprimida ao falar da mãe. Demonstrou uma grande variedade de afetos, o que era apropriado ao teor da conversa e à situação. Afirmou que dormia mal, que precisava de comprimidos para dormir e que, às vezes, sentia que ficava acordada a maior parte da noite. Tinha pesadelos, mas não conseguia se lembrar de seu conteúdo e não tinha certeza de eles a despertarem. Negou ter ideias suicidas e expressou medo de morrer ao completar 57 anos, a idade com que sua mãe morreu por câncer no pulmão. Não houve evidências de alucinações auditivas ou visuais, ideação paranoide ou psicose aparente. A paciente estava orientada em todas as três esferas e foi capaz de soletrar a palavra “mundo” no sentido normal e ao contrário. Fez as séries de sete de forma correta e lembrou dos três objetos após cinco minutos. Quando lhe foi sugerido que sua ansiedade estava se intensificando devido à aproximação do aniversário de 57 anos, a idade com que sua mãe morreria, ela prontamente concordou, demonstrando algum *insight* de suas preocupações. Aceitou a ideia de ficar no hospital por mais alguns dias para seu tratamento. Em geral, seu julgamento pareceu bom.

Impressão:

1. Reação de ajustamento com ansiedade e depressão.
2. Complexo de Nêmesse (paciente esperando morrer aos 57 anos de idade, como sua mãe).

Recomendação:

1. Continuar fluoxetina 20 mg por dia.
2. Acrescentar clonazepam 0,5 mg, duas vezes por dia, via oral.
3. Seguir com visitas regulares de psicoterapia durante sua internação.
4. A paciente é receptiva ao encaminhamento ambulatorial para seguimento psiquiátrico.
5. Também marcamos, a pedido da paciente, uma reunião com o marido, para explicar o plano de tratamento (o que acontecerá amanhã).
6. Discuti essa consulta com o dr. X, o médico que fez o encaminhamento.

Dr. John Smith
Beeper #1234
Tel #5678

CASO 2

O paciente é um homem de 35 anos, HIV positivo. Recebeu alta recentemente, após uma reação anafilática a antibióticos. Ele tem apresentado alterações agudas no estado mental durante os últimos dias. Tem história de depressão e ansiedade, assim como de consumo de várias drogas. Seu HIV é assintomático. Apresenta carga viral não detectável e contagem de CD4 de 300. Há uma semana, passou a ter febre alta e indisposição. Foi examinado por seu médico, que receitou antibióticos. Depois disso teve erupções por todo o corpo. Foi hospitalizado por um curto período e teve alta. Sua esposa relata que, pouco depois de voltar para casa, passou a agir de maneira estranha. Andava pela casa com meias de cores diferentes e vestiu a bermuda pelo avesso. A princípio, a família achou que ele estava brincando. Também começou a fazer perguntas estranhas, que alarmaram a esposa e a fizeram levá-lo ao pronto-socorro.

Lá, o paciente tornou-se combativo e beligerante, recusando-se a cooperar com qualquer um dos médicos. Precisou ser contido, sendo-lhe solicitada uma consulta psiquiátrica. Não foi possível fazer a coleta para exames laboratoriais.

Quando examinado, estava muito agitado apesar de ter recebido lorazepam (2 mg IM) e ter sido imobilizado em quatro pontos. Sabia o seu primeiro nome, porém não o sobrenome. Pensava estar na casa do pai. Não estava orientado quanto a dia e data, mas sabia o ano. Gritava com a equipe e exigia que o soltassem. Distraía-se muito facilmente e era incapaz de concentrar-se nas perguntas feitas. Não foi possível fazer um exame completo do estado mental, já que o paciente estava em intensa agitação e não cooperava.

Uma revisão de sua história mais antiga revelou que toma metadona (80 mg/dia), sertralina (100 mg/dia) e clonazepam (2 mg/dia). Além disso, está em terapia antirretroviral, que inclui Zerit, Epivir e Viracept.

Impressão: *delirium*, cuja etiologia deve ser determinada (encefalite, meningite, induzido por drogas, ou outra patologia do sistema nervoso central).

Recomendação:

1. Hemograma completo, perfil bioquímico, vitamina B12 e folato.
2. Exame toxicológico.
3. Tomografia computadorizada da cabeça.
4. Punção lombar.
5. Consulta neurológica.

6. Manutenção da imobilização em quatro pontos para a segurança do paciente e de outros.
7. Observação constante quanto a comportamento autodestrutivo.
8. Haloperidol (2 mg a cada 4h) quando necessário; com lorazepam (2 mg a cada 4h) quando necessário para agitação intensa.
9. Acompanharemos o paciente de perto com você. Obrigada pela solicitação de interconsulta.

Dra. Mary Smith
Beeper #1234
Tel #5678

Conceitos essenciais

- Pacientes que sofrem um primeiro infarto quase sempre negam que seus sintomas têm origem cardíaca.
- A depressão e outros estresses emocionais agudos podem precipitar sintomas cardíacos agudos e, em alguns casos, podem ser responsáveis por morte súbita.
- O transtorno de pânico é com frequência diagnosticado erroneamente como doença cardíaca, fazendo com que os pacientes gastem milhões em exames clínicos, antes de ele ser de fato compreendido.
- O *delirium* é uma complicação psiquiátrica muito comum da revascularização miocárdica cirúrgica.
- Medicamentos psicotrópicos podem causar efeitos colaterais cardíacos, mas os médicos não devem ter medo de usá-los.

A doença cardíaca é um dos melhores exemplos da interação corpo-mente. Em cada aspecto da doença cardiovascular, é relativamente fácil discernir o efeito recíproco dinâmico que ocorre entre todos os componentes da equação biopsicossocial. Os cardiologistas e psiquiatras devem estar cientes de que o início, a manifestação e o progresso de condições cardiovasculares são influenciados por questões psicológicas fundamentais. De forma recíproca, o estado mental de uma pessoa é afetado pela presença de doença cardiovascular e seu tratamento.

FATORES PSICOLÓGICOS E O CORAÇÃO

A ansiedade e o coração

Todo estudante de medicina sabe que o estresse e a ansiedade causam um aumento transitório no ritmo cardíaco e na

pressão arterial. Também se sabe que podem ocorrer arritmias atriais e até mesmo ventriculares durante um estresse psicológico em pessoas que apresentam patologia cardíaca subjacente. Comprovou-se que o estresse induzido por falar-se em público ou por tarefas mentais de aritmética induzem a um movimento anormal da parede cardíaca em pessoas suscetíveis. Há dois mecanismos possíveis para a arritmia cardíaca induzida por estresse:

1. a estimulação vagal, que pode causar diretamente a variabilidade do ritmo cardíaco e
2. a excitação autônoma, que pode causar aumento das catecolaminas, o qual pode agir direta ou indiretamente no miocárdio, causando hipertensão.

Além de causar arritmias cardíacas, a ansiedade também pode ter uma participação na síndrome coronariana aguda (SCA). Pesquisas com animais comprovaram que o aumento da atividade simpática devido ao estresse é capaz de promover a aterogênese. Os efeitos da noradrenalina e da adrenalina sobre o tônus das artérias pode causar espasmos coronários, assim como a ruptura de placas ateroscleróticas. Comprovou-se que o estresse mental, especialmente a raiva, diminui a adesividade das plaquetas, podendo até mesmo causar o estreitamento das artérias.

Um ataque de pânico é uma manifestação psiquiátrica comum (Tab. 2.1). Os pacientes que sofrem de ataques de pânico com frequência apresentam dor no peito, falta de ar e outros sintomas classicamente “cardíacos”. A dor no peito é um sintoma de difícil interpretação, já que pode sinalizar uma verdadeira doença cardíaca, um ataque de pânico ou ambos. Os psiquiatras tendem a se envolver em dois cenários diferentes:

1. doença cardíaca verdadeira com negação e
2. ataque de pânico mascarado como doença cardíaca.

É comum um paciente que sofre um primeiro episódio de dor no peito real utilizar a negação como mecanismo de defesa. Ele em geral atribuirá a dor a indigestão ou algum outro problema não cardíaco e insignificante. Às vezes, é difícil de acreditar que, apesar da excruciante dor no peito, o início dos primeiros

sintomas cardíacos agudos possa ser negado. Por outro lado, dor no peito, palpitações e batimentos cardíacos rápidos ou irregulares são alguns dos sintomas mais comuns de vários transtornos psiquiátricos.

É claro que qualquer paciente que sinta dor no peito, mesmo que não no padrão clássico de angina, deve pelo menos ser submetido a um eletrocardiograma (ECG). Mesmo quando este apresentar um resultado normal, a maioria dos médicos considerará exames cardíacos mais extensos, se os sintomas que sugiram doença cardíaca forem recorrentes. As evidências que orientam para um transtorno de pânico incluem a desrealização (sentimentos de irrealidade), despersonalização (sentir-se desconectado de si próprio), medo de perder controle ou de enlouquecer ou um intenso medo de estar morrendo. Às vezes, uma pessoa com doença cardíaca pode ter um transtorno do pânico e vice-versa. O índice de sucesso para o tratamento desse transtorno em que há remissão completa e a capacidade de se ter uma vida normal é de 80 a 90%. Isso excede em muito o sucesso do tratamento de doença cardíaca (Tab. 2.1).

Outro transtorno psiquiátrico que se apresenta com dor no peito ou outros sintomas que se sobrepõem à doença cardíaca é a hipocondria. Nessa situação, o paciente interpreta erroneamente sensações orgânicas como sintomas de uma doença grave (nesse caso, a doença cardíaca). O paciente fica preo-

Tabela 2.1 Sintomas de um ataque de pânico

Um discreto período de medo ou desconforto intenso, no qual quatro (ou mais) dos sintomas a seguir se desenvolvam abruptamente e atinjam o pico em 10 minutos:
1. Palpitações, coração batendo forte ou ritmo cardíaco acelerado
2. Sudorese
3. Tremor ou agitação
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento
5. Sensação de engasgamento
6. Dor no peito ou desconforto
7. Náusea/mal-estar abdominal
8. Sensação de tontura, vertigem ou desmaio
9. Desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (estar desconectado de si mesmo)
10. Medo de perder o controle ou de enlouquecer
11. Medo de morrer

cupado, com medo de estar doente. Essa preocupação persiste apesar da avaliação médica apropriada que não identifica doença cardíaca e da tranquilidade do médico. Com frequência, o paciente não reconhece que suas preocupações são excessivas ou incoerentes.

A depressão e o coração

A compreensão da relação entre doença cardíaca e depressão pode não ser imediatamente útil, quando se é chamado para fazer uma consulta psiquiátrica com um paciente. Porém, ao analisar essa importante relação, você pode ser capaz de tomar decisões mais informadas a respeito do diagnóstico da depressão e de determinar sobre quando e como tratar cada paciente. Há vários fatos críticos e poderosos sobre a conexão entre ambas as patologias que podem ser muito úteis, se mantidos na memória (Tab. 2.2). Em geral, utilizamos essas informações preciosas ao fazer apresentações para cardiologistas e em discussões com pacientes. Em nossa experiência, pacientes que ouvem essas informações têm uma probabilidade muito maior de aceitar o encaminhamento para cuidado psiquiátrico.

Tabela 2.2 A conexão entre a depressão e a doença cardíaca

<ul style="list-style-type: none">• Pacientes com história de depressão recorrente têm um índice de mortalidade 4 a 5 vezes maior no seguimento de seis meses após um infarto do miocárdio (IM) do que aqueles sem depressão.• A depressão é um fator de risco independente para doença da artéria coronária em homens e mulheres, quando outros fatores de risco cardiovasculares são controlados.• A depressão pré-mórbida está associada a um resultado ruim em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio; isso inclui insuficiência congestiva, mortalidade, dor prolongada e incapacidade de retornar às atividades de rotina.• A depressão após um IM foi associada a um aumento no risco de novo infarto e morte.• A depressão pode causar morte súbita, pela ação do nervo vago, que causa variabilidade na frequência cardíaca.• A redução da serotonina associada à depressão parece causar alterações na adesividade das plaquetas.
--

Personalidade tipo A

Uma das mais impressionantes observações clínicas feitas com respeito aos fatores de risco é a associação da personalidade tipo A à síndrome coronariana aguda (SCA) (Tab. 2.3). Em alguns estudos, a incidência dessa doença em homens foi duas vezes maior na personalidade tipo A do que na tipo não A. Também existe uma correlação positiva entre personalidade tipo A, SCA e mulheres. Pesquisas nessa área sugerem que tal personalidade é um fator de risco independente para SCA, similar ao tabagismo e à hipertensão. Mais recentemente, foi identificada uma síndrome de hostilidade, o que sugere que a raiva e a agressão são fatores-chave (Tab. 2.3).

Apoio social

Também foi demonstrado que o apoio social deficiente é capaz de colocar uma pessoa em risco à SCA e aumentar o índice de morte independentemente das causas. Um paciente com SCA que vive sozinho tem um aumento de três vezes na mortalidade, em comparação a um paciente que vive com um cônjuge ou companheiro. Pode ser que as pessoas capazes de se relacionar bem com outras em seu ambiente consigam mais ajuda quando precisam. É claro, pode haver outras vias com base fisiológica, que melhorarão a sobrevida daqueles que vivem acompanhados.

EXEMPLO DE CASO: AQUELES QUE SE RELACIONAM BEM TÊM UMA SOBREVIDA MELHOR

Um de nós se recorda de uma grande apresentação feita pelo internista dr. William Green, da Faculdade de Medicina da University of Rochester.

Tabela 2.3 Personalidade tipo A

Hostilidade
Urgência temporal
Impaciência
Agressividade
Competitividade

(De Friedman M, Rosenman RH. Type A behavior pattern: its association with coronary heart disease. *Ann Clin Res (Finland)* 1971;3(6):300-312.)

Ele nos contou sobre um projeto de pesquisa que havia conduzido há muitos anos, quando a cateterização cardíaca havia sido recém instituída. Ele entrevistou pacientes antes e durante esse procedimento, fez observações detalhadas sobre eles e registrou as informações. Posteriormente, comparou seus dados e outros fatores de risco conhecidos aos índices de sobrevida desses pacientes. Para surpresa de muitos, o melhor fator de predição da sobrevida não foi a função cardíaca, a história familiar dessa doença, a história de tabagismo ou a obesidade. Na realidade, os pacientes que tiveram maior sobrevida foram aqueles que melhor se relacionaram com o dr. Green durante o procedimento.

Comorbidade psiquiátrica e fatores de risco de doença cardíaca relacionados ao estilo de vida

Se observarmos os fatores de risco clássicos de doença cardíaca, excluindo a depressão, que discutiremos mais adiante, veremos que cada um deles está claramente relacionado a uma ou mais condições psiquiátricas comórbidas (Tab. 2.4).

Há um crescente número de programas multifacetados, como o *Program for Reversing Heart Disease*, de Dean Ornish (Ballantine Books, 1992), que aborda abrangentes mudanças no estilo de vida, incluindo dieta (geralmente com baixo teor de

Tabela 2.4 Fatores de risco relacionados ao estilo de vida e condições psiquiátricas comórbidas

A) Fatores de risco relacionados ao estilo de vida

- Sobrepeso
- Hábitos alimentares inadequados
- Falta de exercícios
- Abuso de substâncias
- Álcool e drogas
- Tabagismo

B) Condições psiquiátricas comórbidas
(cada uma delas pode ter múltiplas conexões à A)

- Transtornos de personalidade
 - Transtornos do humor
 - Transtornos da alimentação
 - Dependência do álcool
 - Dependência de drogas
 - Dependência de nicotina
-

gordura), exercícios, treinamento de gerenciamento do estresse, ioga, meditação e terapia em grupo. A pesquisa de seguimento sugeriu que a adesão geral a esse tipo de programa de tratamento é o melhor fator de predição da regressão aterosclerótica.

QUESTÕES PSICOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇA CARDÍACA

A unidade de tratamento intensivo

A maioria dos pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou dos pacientes com insuficiência cardíaca aguda é internada em uma unidade coronária ou outro tipo de unidade de tratamento intensivo (UTI), onde será monitorada e acompanhada de perto. A reação inicial da maioria dos pacientes a um evento cardíaco agudo e à internação em uma UTI é de ansiedade e medo. O mecanismo de defesa usual, a negação, geralmente se quebra nesse momento. Alguns indivíduos manifestam extrema ansiedade, terror e pânico. Em algum nível, haverá ansiedade pela possibilidade de morte, já que a maioria das pessoas associa uma UTI a situações de risco de morte. Conforme os sintomas cardíacos (i.e., dor no peito e falta de ar) cessam, pode haver uma redução na ansiedade. Além disso, o sulfato de morfina, com frequência administrado a pacientes com dor cardíaca, causa sedação e relaxamento.

Os equipamentos de monitoramento cardíaco costumam tranquilizar os pacientes, pois estes sentem que estão sendo observados de perto e que qualquer anormalidade pode ter resolução imediata. No entanto, se aqueles ligados a um monitor não forem informados quanto ao que esperar, podem se tornar mais ansiosos ao observar uma perturbação no movimento do monitor de seu ECG ou ao interpretar erroneamente os diversos bipes e alarmes. Embora seja papel da equipe cardíaca explicar essas questões ao paciente, às vezes, essa tarefa acaba ficando com o psiquiatra.

Você verá uma grande variedade de comportamentos sob essas circunstâncias, que podem ser atribuídos à personalidade do paciente e aos exames psiquiátricos. Não é incomum, por exemplo, os pacientes insistirem em sair da unidade coronária ou UTI por não serem capazes de tolerar sua ansiedade nesse ambien-

te. Podem sentir o confinamento forçado como uma ameaça ao seu senso de controle. Ouvir esses pacientes e tentar lidar com eles, tranquilizá-los ou interpretar suas preocupações pode ser útil, assim como recomendar medicação, conforme indicado mais adiante neste capítulo. Outros pacientes regredirão, tornando-se manhosos e dependentes. Os dois extremos podem ser muito provocantes para a equipe assistencial, sobretudo para aqueles que não têm muita experiência nesses cenários. Uma breve discussão de apoio com a equipe, nesse caso, pode ajudar muito.

Cirurgia de coração aberto

Veja o Capítulo 11 sobre cirurgia. Pacientes submetidos a uma cirurgia cardíaca evidentemente passarão algum período pós-operatório na UTI, conforme já descrito.

Dispositivos para assistência ventricular esquerda

Os dispositivos para assistência ventricular esquerda são utilizados para reverter a disfunção do órgão-alvo e manter a vida de pacientes que aguardam por transplantes. Eles podem ser utilizados em casa e no hospital. Pacientes que recebem esses dispositivos muitas vezes estão com a saúde gravemente comprometida e podem desenvolver um *delirium* que precisa de tratamento, dependendo da etiologia. A depressão com frequência está presente, e os pacientes devem ser avaliados e tratados de forma adequada.

Desfibriladores

A tecnologia moderna desenvolveu dispositivos capazes de desfibrilar de forma automática e com sucesso o paciente que, de outra maneira, sofreria morte súbita devido a taquicardia ventricular e fibrilação ventricular. Esses dispositivos podem ser usados externamente ou implantados sob a pele. São capazes de ler o ECG e dar um choque que fará a cardioversão do coração ao ritmo normal. O paciente pode ou não perder a consciência antes de receber a cardioversão. Os choques podem ser

sentidos como uma pancada dolorosa no peito e podem ser repetidos várias vezes seguidas. Como pode-se imaginar, pacientes submetidos a essa experiência podem desenvolver ansiedade de antecipação, fobias, assim como um estado de ansiedade crônica. Também podem desenvolver sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), semelhantes aos de pessoas que tenham sofrido repetidos choques elétricos. Sugerimos uma abordagem terapêutica criativa, que inclua medicação e vários tipos de terapia, individual ou em grupo. Há grupos de autoajuda disponíveis para pacientes com desfibriladores e suas famílias, e você deve encaminhar seus pacientes a eles, se possível.

Marca-passos

Um pequeno número de pacientes com implante de marca-passo apresenta reações psicológicas. No entanto, como o paciente raramente conhece o funcionamento desse dispositivo, é mais fácil se ajustar a ele. A tecnologia dos marca-passos melhorou muito. Agora são mais eficientes, eficazes e seguros, podendo não haver restrições ao estilo de vida.

QUESTÕES DE TRATAMENTO

Tratamento de ansiedade aguda e medo no paciente cardíaco

Abordagens psicoterapêuticas

Oferecer apoio e tranquilização é em geral o tratamento de primeira linha para medo e ansiedade com doença cardíaca ou qualquer outra condição. Comece por ouvir o paciente. Ele tem um “complexo de Nêtese”, no qual espera ficar doente e possivelmente morrer de doença cardíaca da mesma maneira e na mesma idade de um parente próximo? Alguém próximo apresentou sintomas similares e, nesse caso, o que aconteceu a essa pessoa? O paciente tem muitos familiares com doença cardíaca? Ele compreende o processo de cura típico de um procedimento cardíaco e que, em muitos casos, espera-se o retorno às atividades normais em várias semanas? Se o prognóstico for grave, seu paciente está tranquilo quanto ao fato de que a dor será contro-

lada e (se verdadeiro) de que há uma chance de cirurgia cardíaca e, talvez, de transplante?

Quando um paciente usa a negação, em geral está se defendendo contra ansiedade, medo e depressão. Em algum nível, está com medo de que esses sentimentos sejam esmagadores. Quando estiver com medo ou, inclusive paranoico e desejar desistir, ele deve ser abordado sem confrontos. Esse paciente precisa ouvir que sua condição é tratável, mas que no momento, precisa permanecer no hospital. Isso pode ser reforçado se ouvir a mesma mensagem de membros da família em quem confia e de seu médico, por telefone, se necessário. Na maioria dos casos, o paciente pode ser persuadido a continuar o tratamento hospitalar. Em nossa experiência, é raro que tal paciente atenda os critérios para uma internação psiquiátrica involuntária.

Medicamentos

Benzodiazepinas

O medo e a ansiedade podem ser tratados com medicamentos. Nos casos de um IAM, mesmo quando o paciente se apresenta externamente calmo, é razoável preocupar-se com o fato de que qualquer ansiedade oculta pode levar a uma incapacidade autônoma, que pode pôr em risco a vida do paciente, nesse momento. Portanto, na maioria dos casos, os benzodiazepínicos são a primeira linha de medicamentos. Para uma tranquilização rápida, preferimos lorazepam, alprazolam, clorazepato ou diazepam. Esse último tem uma atuação mais duradoura, com meia-vida variando entre 20 e 60 horas, e a saturação ocorrendo após 2 ou 3 dias. Embora alguns pacientes possam preferir tomar um tranquilizante a cada 3 ou 4 horas logo após o incidente cardíaco, preferimos, quando viável, mudar para o clonazepam, que atinge concentração máxima em 1 a 4 horas e cuja meia-vida costuma ser de 30 a 40 horas. Concluimos que, com frequência, pode ser administrado 1 ou 2 vezes por dia, com um efeito tranquilizante uniforme, durante pelo menos 15 horas. A sedação é um efeito colateral potencial de todos os benzodiazepínicos, podendo ser resultado da sinergia com outros medicamentos sedativos, sobretudo com morfina ou outros narcóticos. Outros benzodiazepínicos são usados especificamente como hipnóticos, qualquer medicamento dessa

classe é capaz de facilitar o sono. A supersedação não costuma ser desejada, já que pode reduzir a respiração e tornar o paciente suscetível à pneumonia por aspiração. Na UTI e na unidade coronária, os pacientes são cuidadosamente monitorados, então é muito improvável que ocorra sedação.

A idade e a condição médica do paciente devem sempre ser levadas em consideração ao se escolher um benzodiazepínico. O acúmulo dessa classe de medicamentos pode ocorrer em indivíduos idosos e/ou com lesão hepática. “Comece devagar e vá devagar!” deve sempre ser a regra nessas situações. Além disso, pode haver um raro efeito paradoxal, os pacientes podem apresentar reação de raiva ao tomarem esse tipo de medicamento. Há formas parenterais de clordiazepóxido e diazepam disponíveis, embora a absorção intramuscular (IM) não seja muito previsível. Esses medicamentos ou o lorazepam são administrados via intravenosa (IV) de forma cautelosa por situações nas quais a administração oral não é viável.

O uso contínuo dos benzodiazepínicos pode causar tolerância e dependência física. Pacientes que tomavam esse tipo de medicamento antes do evento cardíaco que os levou para o hospital devem ter sua administração continuada. Caso contrário, podem ocorrer sintomas de retirada, incluindo convulsões fatais. Os benzodiazepínicos podem ter sua dose gradualmente reduzida, até que sejam retirados, se houver indicação clínica.

Neurolépticos

Nos casos em que há manifestação psicótica, ou em que tenha havido ansiedade grave de difícil controle, sugerimos o uso um neuroléptico. Este também pode ser o medicamento de escolha, quando houver *delirium*. O *delirium* é mais comum em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. O haloperidol, em baixa dosagem, costuma ser a escolha nesse contexto e pode ser administrado via oral ou parenteral. Antes de se administrar o haloperidol IV, o acesso venoso deve ser lavado com 2 mL de solução salina. A dosagem inicial IV geralmente é de 0,5 mg, mas pode ser aumentada para até 10 a 20 mg. Às vezes, isso pode ser alternado com 1 mg IV de lorazepam administrado a pacientes em intervalos de 30 minutos entre as medicações, enquanto o paciente é atentamente monitorado. Os neurolépticos atípicos

talvez sejam úteis para essa condição. O tratamento do *delirium* será discutido em maiores detalhes no Capítulo 10.

Tratamento da depressão no paciente cardíaco

Antidepressivos

Em geral, não é necessário iniciar a medicação antidepressiva quando os pacientes estão na UTI ou na unidade coronariana. Os sintomas depressivos inicialmente observados nesse momento costumam estar relacionados a problemas agudos de ajuste ou ao começo de uma resposta de sofrimento aguda relacionada a perdas antecipadas. Antes de os antidepressivos serem iniciados, com frequência se aconselha que essas situações seja determinadas após várias visitas, as quais costumam ter seguimento após a alta do *setting* de cuidado intensivo e, às vezes, após a alta do hospital. Como leva pelo menos algumas semanas para se obter o efeito terapêutico desses medicamentos, o médico não deve se sentir pressionado a instituir a medicação, a menos que haja uma indicação evidente.

Você pode ser questionado quanto à continuação da medicação antidepressiva que o paciente estava tomando antes do evento cardíaco. Em geral, se ele toma comprimidos e líquidos via oral, é aconselhável que essa medicação seja continuada, especialmente se houver probabilidade de síndrome de descontinuação, como a que costuma ocorrer com os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) de ação mais curta, como a paroxetina. Pode haver alguma exceção nos raros casos em que os pacientes tomavam um inibidor da monoaminoxidase (IMAO), pois há a possibilidade de ocorrer interação com alguns medicamentos comumente administrados na UTI, causando uma crise hipertensiva. Outras interações medicamentosas em potencial são discutidas neste capítulo.

Estabilizadores do humor

Assim como os antidepressivos, é raro que um estabilizador do humor precise ser introduzido a um paciente que esteja recebendo cuidados intensivos. Esse tipo de decisão costuma

ser tomada em uma data posterior. Normalmente lida-se com o comportamento agitado por meio do uso de benzodiazepínicos e/ou neurolépticos. Em casos raros em que se diagnostica um comportamento maníaco verdadeiro em um paciente bipolar na UTI, pode-se iniciar o tratamento rotineiro da mania com lítio, valproato ou outro estabilizador do humor.

Com frequência, os psiquiatras são consultados quando um paciente que já toma um estabilizador do humor é internado em uma UTI depois de um evento agudo, como um ataque cardíaco. Nossa abordagem usual nessas situações é interromper o lítio, sobretudo porque invariavelmente há alterações abruptas na dieta ou o paciente poderá receber nutrição parenteral. É mais provável intoxicação pelo lítio nessas situações. É improvável que um ataque maníaco agudo se desenvolva de modo repentino em poucos dias de interrupção do medicamento (e, se ocorrer, pode ser facilmente tratado).

Efeitos psiquiátricos de medicamentos usados para tratar doença cardiovascular

Essa relação resumida dará ao leitor uma ideia dos efeitos psiquiátricos em potencial de alguns dos medicamentos comumente utilizados para tratar condições cardiovasculares.

- Antiarrítmicos (p. ex., procainamida, flecainida, disopiramida, mexiletina) – os efeitos incluem depressão e confusão.
- Betabloqueadores (p. ex., propanolol) – a depressão é um efeito frequente. Os efeitos colaterais menos comuns são sonhos vívidos, pesadelos e, inclusive, manifestações psicóticas. Os betabloqueadores mais novos, como o atenolol e o metoprolol, são mais cardiosseletivos e podem apresentar menos efeitos colaterais.
- Anti-hipertensivos
- Reserpina (caiu em desuso, mas ainda é um componente de alguns fármacos combinados que ainda estão no mercado) – pode ocorrer depressão.
- Metildopa – podem ocorrer depressão, prejuízo da concentração, alucinações, paranoia e outras manifestações psicóticas.

- Clonidina – os efeitos são similares aos do medicamento anterior, porém menos graves.
- Bloqueadores do canal do cálcio (p. ex., verapamil, nifedipina e diltiazem, nimodipina e amlodipina) – os efeitos são depressão e confusão.
- Prazosin – podem ocorrer aumento da ansiedade e depressão.
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) (p. ex., captopril, enalapril, quinapril e ramipril) – os efeitos incluem nervosismo, depressão e diminuição da libido.
- Digitálicos – os efeitos incluem depressão, alucinações e *delirium*.

Efeitos cardiovasculares de medicamentos usados para tratar condições psiquiátricas

Essa relação também está longe de ser completa. Também é importante lembrar que, quando há efeitos, é muito mais provável que ocorram em pacientes com patologia cardiovascular preexistente.

- ISRSs – os medicamentos psiquiátricos dessa categoria normalmente não causam efeitos colaterais cardiovasculares, mesmo em pacientes com doença cardiovascular preexistente. No entanto, relatórios isolados já deram exemplos de arritmias e vasoconstrição de vasos lesionados que se acreditava estarem relacionados ao uso do fármaco.
- Antidepressivos tricíclicos (ATCs) – devido aos seus efeitos colaterais cardiovasculares, esses medicamentos se tornaram um grupo de *backup* (segunda escolha) de antidepressivos desde que os ISRSs provaram-se eficazes. Os ATCs podem causar hipotensão ortostática e defeitos de condução, como aumento dos intervalos dos segmentos PR, QRS e QT com potencial bloqueio cardíaco primário, secundário e terciário. Os ATCs também podem causar taquicardia sinusal, taquiarritmia supraventricular, taquicardia ventricular e fibrilação ventricular. Efeitos cardíacos graves são comuns com superdosagens.

- Outros antidepressivos
 - *Venlafaxina*: esse medicamento bloqueia a recaptação da serotonina e noradrenalina, e pode causar alguma elevação na pressão arterial, particularmente em altas dosagens. Portanto, a pressão arterial deve ser monitorada quando ele for administrado.
 - *Bupropiona*: presume-se que esse antidepressivo monocíclico iniba a recaptação da dopamina. Já se comprovou que causa hipotensão postural ocasional e, inclusive, hipertensão. Também já se demonstrou que promove a cessação do fumo e, assim, é potencialmente útil no plano de tratamento de pacientes com doença cardiovascular.
 - *Trazodona*: alguns a consideram uma nova versão dos tricíclicos. Tem sido muito popular como medicamento adjuntivo com os ISRSs, para auxiliar com o sono. Tem menos efeitos cardiovasculares do que os ATCs mais antigos, mas pode causar hipotensão postural e vários tipos de arritmia. Deve-se ter cautela particular se administrada com fármacos conhecidos por causar prolongação do segmento QT.
- IMAOs – há potencial de crise de hipertensão grave com esse medicamento, se alimentos ricos em tiramina não forem evitados. Isso também pode ocorrer na interação com determinados fármacos para resfriados, vários outros antidepressivos e meperidina. Um efeito colateral comum é a hipotensão postural.
- Metilfenidato e outros estimulantes – o metilfenidato é contraindicado para pacientes com hipertensão. A pressão arterial deve ser monitorada com atenção em pacientes que tomam esse medicamento. A superdosagem de metilfenidato e de outros estimulantes pode causar graves sintomas cardiovasculares, como pressão arterial lábil, arritmias cardíacas e colapso circulatório.
- Estabilizadores do humor – o lítio pode causar alterações pequenas na onda ST-T no ECG. Entretanto, quando houver toxicidade, podem ocorrer distúrbios de condução e arritmias.

- Neurolépticos – houve uma renovação no interesse pelo fato de determinados neurolépticos aumentarem os intervalos do segmento QT, o que pode resultar em uma variedade de sintomas, de síncope e palpitações a taquiarritmias e morte súbita. Em um estudo sobre neurolépticos comumente usados, a tioridazina foi mais associada a uma maior porcentagem de pacientes com prolongamento do segmento QT, seguida pela ziprasidona, quetiapina, risperidona, haloperidol e olanzepina. Além disso, outro efeito cardiovascular desse tipo de fármacos é a hipertensão. Clozapina, clorpromazina, tioridazina e mesoridazina são os que apresentam maior probabilidade de produzir hipotensão significativa. O haloperidol é o que apresenta menor probabilidade de produzir hipotensão.

Interações medicamentosas

Embora possa parecer uma tarefa assustadora, como psiquiatra, é sua responsabilidade estar familiarizado com todas as possíveis interações fármaco-fármaco de qualquer medicação que recomende ou revise. O *Physicians' Desk Reference*, bancos de dados de hospitais e novos *softwares* serão úteis. Embora existam dezenas, se não centenas, de interações na teoria, na realidade, há relativamente poucas que sejam significativas do ponto de vista clínico. No geral, as interações medicamentosas não são contraindicações, mas exigem um monitoramento ainda mais criterioso. No texto subsequente, estão relacionadas algumas interações importantes entre medicamento psicotrópicos e fármacos usados no tratamento de doenças cardíacas.

- ISRSs – sua alta afinidade de ligação com proteínas pode afetar os níveis de digoxina. Um estudo demonstrou um maior nível de digoxina, quando administrados com paroxetina. Outro estudo documentou um aumento no tempo de protrombinas, quando a fluoxetina e a warfarina foram combinadas. O tempo de protrombina deve ser monitorado atentamente, sempre que os ISRSs e a warfarina forem administrados juntos.

- Fenotiazinas – quando inibidores de ECA forem administrados com a fenotiazina, sobretudo aqueles de baixa potência (p. ex., clorpromazina), pode haver hipotensão ortostática significativa.
- Benzodiazepínicos – se combinados com bloqueadores do canal de cálcio, como diltiazem e verapamil, o nível do benzodiazepínico pode ser aumentado, com maior efeito sedativo. A colestiramina pode reduzir os níveis de lorazepam. Os benzodiazepínicos podem aumentar os níveis de digoxina no soro.
- Carbamazepina e lítio – os bloqueadores do canal de cálcio podem aumentar os níveis de lítio e carbamazepina. Os níveis de lítio podem sofrer alterações súbitas se um diurético for administrado; portanto, o paciente deve ser monitorado com atenção quando sob essas circunstâncias. Os inibidores de ECA podem aumentar a retenção de lítio, e os betabloqueadores podem reduzir a sua depuração renal.
- Valproato – a colestiramina reduz a absorção de valproato.

OUTRAS QUESTÕES NA PSICOCARDIOLOGIA

Sexo e doença cardíaca

Qualquer esforço físico ou emocional extremo pode precipitar angina ou um IAM em indivíduos com doença cardíaca significativa. Em teoria, isso poderia incluir a atividade sexual, embora seja raro o caso. Casos isolados de morte súbita devido a um evento cardíaco que ocorre durante uma relação sexual às vezes fazem com que pacientes cardíacos evitem por completo o sexo. Essas preocupações são particularmente comuns entre os pacientes e seus cônjuges no período logo após a alta, depois de um ataque cardíaco. A maioria dos cardiologistas acredita que os pacientes podem retomar a atividade sexual, desde que não apresentem angina. Na presença desta, podem ser aconselhados a tomar medicamento de nitroglicerina antes da atividade sexual, assim como seriam aconselhados a fazê-lo antes de subir um lance de escadas. Costuma haver embaraço, vergonha e culpa por parte do paciente e do parceiro sobre esse assunto. Talvez você

precise explorar esse assunto com o casal enquanto o paciente está no hospital, e um encaminhamento para uma psicoterapia de curto prazo pode ser útil, se houver conflitos e dificuldades nessa área.

O uso de medicamentos anti-impotência, como sildenafil e outros fármacos similares, abriu uma nova dimensão para o tratamento da disfunção erétil. É importante reconhecer que esses medicamentos são contraindicados para indivíduos que estejam tomando nitratos para tratar condições cardíacas. Mesmo pacientes com SCA significativa que não estejam tomando nitratos devem ser aconselhados a ter cautela, já que esses fármacos podem melhorar a atividade sexual tão rápido que o paciente pode se exceder nela, colocando um esforço perigoso em sua reserva cardíaca.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

Em vista das muitas evidências que conectam a depressão à doença cardíaca, faz sentido que um psiquiatra de interconsulta trabalhe próximo a cardiologistas e programas de cardiologia. Nos casos em que há um programa abrangente que inclua o cuidado preventivo, os psiquiatras podem ser capazes de oferecer habilidades únicas no desenvolvimento de programas especiais, assim como de prestar serviços diretos. Alguns exemplos do trabalho de ligação que um psiquiatra interconsultor pode fazer na área da psicocardiologia incluem o seguinte:

1. Dirigir grupos para redução do estresse.
2. Participar do planejamento e da direção de programas que abordem mudanças no estilo de vida.
3. Fazer visitas regulares a pacientes internados na UTI ou na unidade coronária, atender pacientes e encontrar-se com a equipe.
4. Tornar-se membro da equipe de transplante.
5. Conversar com regularidade com grupos de autoajuda para pacientes cardíacos e suas famílias.
6. Conversar ocasionalmente com grupos especiais de transplantes ou pacientes com desfibrilador e suas famílias.
7. Participar de programas de cessação de fumo.

Conceitos essenciais

- Muitas pessoas erroneamente consideram qualquer diagnóstico de câncer como uma “sentença de morte” automática.
- Tal concepção contribui para a fobia do câncer em pessoas que podem não sofrer da doença e para o uso do mecanismo de negação em pessoas que possam apresentar sintomas de câncer.
- Normalmente as pessoas com um parente próximo que teve câncer desenvolvem um “complexo de Nêmesse”, temendo ter aquele câncer em uma idade similar.
- Mais de 50% dos pacientes com câncer apresentam pelo menos um destes três transtornos psiquiátricos: transtorno de ajustamento, de ansiedade ou depressivo.
- Nunca aceite os sintomas depressivos de um paciente oncológico como “fazendo parte da doença”. Em vez disso, trate esses sintomas com dedicação, utilizando toda a variedade de técnicas farmacológicas e terapêuticas disponíveis.

Costumava-se pensar que, se alguém fosse chamado para consultar um paciente com câncer, significava que estava sendo chamado para ajudar o paciente a enfrentar o processo da morte. Em geral, indivíduos com câncer têm medo de desfiguração, incapacidade, dependência e morte dolorosa. Esse não é mais o caso. Os tratamentos para o câncer tornaram-se mais eficazes e sofisticados. Os pacientes sobrevivem por muito mais tempo, e você deve estar familiarizado com uma variedade de questões psicológicas que são frequentemente levantadas por aqueles que enfrentam essa doença. Muitos centros de oncologia modernos têm uma equipe de profissionais de saúde mental que lida com o estresse de pacientes e membros da família, fornecem instrução psicológica e melhoram o desenvolvimento de habilidades de comunicação terapêutica para a equipe de oncologia.

O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Fobia de câncer

Muitas pessoas têm um medo intenso do câncer, que pode dominar suas vidas. Esse medo muitas vezes resulta do fato de que, há 25 a 50 anos, a maioria dos cânceres não podia ser tratada de forma eficaz, e as pessoas tendiam a ver o diagnóstico da doença como uma “sentença de morte automática”. Embora tenham sido feitos grandes progressos no diagnóstico precoce e no tratamento, muitas pessoas ainda veem o rótulo de câncer com um pavor similar. Isso deve estar em primeiro plano em sua mente ao falar com um paciente que possa vir a enfrentar um diagnóstico de câncer. Ao se encontrar com tais pacientes, deve procurar pelo que é conhecido por *complexo de Nêmesse*, em que o indivíduo espera ser atingido pela mesma doença dos pais ou de parentes em uma idade específica. Além disso, ao lidar com um paciente que tenha fobia de câncer, o médico deve procurar por outros conflitos contra os quais ele possa estar lutando, conforme ilustrado no caso a seguir.

EXEMPLO CLÍNICO: “NÃO QUERO SOFRER COMO A MINHA MÃE”

A paciente é uma professora aposentada de 69 anos de idade, mãe de quatro filhos adultos e casada há 40 anos com o “meu melhor amigo”. Ela não tinha história psiquiátrica anterior e havia apresentado um ajuste muito bom ao passar por um acidente de carro com risco de morte cinco anos antes, que exigiu hospitalização por dois meses. Agora, estava em um estado de pós-mastectomia simples para câncer de mama, sendo submetida à quimioterapia de seguimento. Com base em sua lesão circunscrita e na ausência de nódulos linfáticos ou metástases, seu prognóstico era considerado bastante bom.

Entretanto, observou-se que a paciente estava extremamente ansiosa e amedrontada. Dormia mal, tanto durante uma breve hospitalização quanto em casa. Tornou-se obcecada com a ideia de ter uma conversa sobre seu testamento em vida com cada um de seus filhos, e estava particularmente preocupada com o fato de que seu marido não honraria seus desejos de não receber tratamentos heroicos, caso isso fosse necessário.

A paciente concordou em encontrar-se com um psiquiatra que havia consultado como parte de seu cuidado de rotina durante a recuperação do acidente de carro. Ela compartilhou sua profunda preocupação e so-

nhos recorrentes de que morreria em dor agonizante. Ela havia cuidado da mãe, que tivera câncer ovariano aos 68 anos de idade e morreria de doença metastática, após seis meses de hospitalização. Acreditava que os médicos tiveram medo de “viciar” sua mãe em medicamentos para a dor durante grande parte desse tempo. Seu irmão havia insistido em um tratamento experimental nos últimos estágios do tratamento. A paciente via a mãe todos os dias e ainda convive com as lembranças de suas súplicas para que acabassem com sua vida, que ela não sabia como atender. Ela vivera com a expectativa de ter câncer quando atingisse a idade em que a mãe ficou doente.

Com a permissão da paciente, o psiquiatra foi capaz de se reunir diversas vezes com ela, os médicos e a família. A paciente foi tranquilizada quanto a seu prognóstico que era bom, mas os médicos eram defensores do cuidado paliativo, que incluía um bom controle da dor, se fosse necessário. Os médicos e a família também revisaram os desejos da paciente de que nenhum método heroico seria adotado se sua condição se tornasse terminal. A discussão aberta aproximou-a de sua família.

Respostas psicológicas ao diagnóstico de câncer

Há vários estágios pelos quais os pacientes com frequência atravessam antes de serem capazes de aceitar um diagnóstico de câncer. Esses estágios são similares aos do paciente que está morrendo, originalmente descritos por Kubler-Ross. Em vez de marcharem de maneira compassada por eles, os pacientes movem-se para a frente e para trás entre os estágios. Compreender a dinâmica de cada estágio ajudará o consultor a navegar por várias complicações psicológicas ao trabalhar com um paciente com diagnóstico recente de câncer.

- *Negação* – o exemplo extremo de negação seria uma mulher que se apresenta pela primeira vez a um médico com uma massa maligna no seio ou um paciente que tenha perdido uma grande quantidade de peso antes de procurar aconselhamento médico. Outro exemplo seria um homem com sangue nas fezes por um ano que tem se sentido fraco e cansado e com perda de apetite. Deve-se estar alerta à possibilidade de que o paciente com negação acentuada pode estar iludido ou ter um

ego extremamente frágil. Quando enfim confrontado com a realidade de sua doença e seu tratamento, esses pacientes podem se tornar suicidas. Outras formas de negação são mais sutis e têm a ver com o fato de eles ficarem muito otimistas e não considerarem a possibilidade de um prognóstico grave. Lembre-se de que a negação, até certo ponto, pode ser adaptativa, sobretudo se não estiver interferindo com o fato de seu paciente receber o tratamento adequado.

- *Raiva* – os psiquiatras muitas vezes são chamados quando os pacientes estão com raiva e hostis com seus médicos e com a equipe de tratamento. Isso pode ocorrer devido ao paciente se recusar a realizar testes diagnósticos, ao desejo de trocar de médico ou à solicitação para sair do hospital contra a recomendação médica. Essa pode ser uma resposta defensiva ao novo diagnóstico de câncer. Durante esse estágio, o paciente pode apresentar uma atitude muito provocativa, que pode ser dirigida à equipe assistencial. Você deve estar preparado para ajudar seus colegas médicos a compreender e a lidar com essas reações. O Capítulo 16 apresenta uma discussão completa dessas técnicas psicoterapêuticas.
- *Barganha* – nesse estágio, os pacientes farão barganhas com Deus ou com o destino, prometendo viver uma vida melhor, moral ou diferente, se sobreviverem a essa doença. É nesse ponto que eles podem superidealizar seus oncologistas e ficar bastante presos a ou dependentes deles. Presumem que seu médico tem o poder de tornar seu desejo realidade. Se o tratamento não for bem, o médico poderá ser culpado por isso e provocar a quebra da relação médico-paciente.
- *Aceitação* – pode haver significados diferentes para pessoas diferentes. Um paciente pode aceitar o diagnóstico de câncer, mas ainda não estar pronto para aceitar o prognóstico grave. Outro pode ter atravessado todos os estágios já descritos e ter aceitado o fato de estar na fase terminal da vida. A aceitação do diagnóstico de câncer permite que os pacientes explorem todas as opções de tratamento, assim como mobiliza sistemas de apoio. Permite que recuperem a sensação de controle sobre sua

doença, de modo que possam ir em frente com o processo de viver suas vidas, mesmo enquanto estão morrendo.

ANSIEDADE E CÂNCER

A ansiedade é uma reação comum ao câncer, e recomendamos que as origens específicas dos medos de seus pacientes sejam explorados. As causas mais comuns de ansiedade entre os pacientes de câncer incluem as seguintes:

1. O medo do desconhecido cria uma sensação de ansiedade flutuante.
2. O medo da morte cria uma ansiedade relacionada à ansiedade de separação (i.e., medo da separação dos entes queridos e lembranças de separações dos pais).
3. O medo da mutilação cria uma ansiedade relacionada aos medos universais de danos a integridade corporal, órgãos sexuais ou capacidade funcional e distorção da imagem corporal.
4. O medo de espaços fechados (claustrofobia) cria uma ansiedade que pode ser ativada pelo exame de ressonância magnética ou outros procedimentos em espaços fechados, hospitalizações prolongadas, confinamento ao leito ou fantasias fundamentais de morrer e ficar em um caixão.
5. O medo de sintomas físicos recorrentes gera ansiedade, como antecipação de dor, náusea e vômitos decorrentes da quimioterapia ou da própria doença.

A Tabela 3.1 apresenta uma visão geral dos diversos tipos de ansiedade relacionada ao câncer.

A ansiedade é melhor tratada estabelecendo-se uma relação empática de apoio, na qual seu paciente se sente seguro o suficiente com você para se abrir e explorar preocupações, fantasias e concepções errôneas sobre sua doença. Use estratégias de terapia cognitiva para corrigir crenças equivocadas sobre o câncer e ensine ao seu paciente técnicas de redução de estresse e relaxamento.

O uso adjunto de psicofarmacologia também pode ser bastante útil. Familiarize-se com o uso de medicamentos ansiolíticos,

Tabela 3.1 Causas de ansiedade em pacientes com câncer

Situacional

- Diagnóstico de câncer, discussão do prognóstico
- Crise, doença/tratamento
- Conflitos com a família ou a equipe
- Previsão de um tratamento assustador
- Espera de resultados de exames
- Medos de recorrência após a conclusão do tratamento

Relacionadas à doença

- Dor mal controlada
- Estados metabólicos anormais
- Tumores que secretam hormônios
- Síndromes paraneoplásicas (efeitos no sistema nervoso central)

Relacionadas ao tratamento

- Procedimentos assustadores ou dolorosos (ressonância magnética, debridamento de ferida)
- Drogas que produzem ansiedade (neurolépticos antieméticos, broncodilatadores)
- Abstinência de substâncias (opioides, benzodiazepínicos, álcool)
- Ansiedade, náusea e vômitos condicionados (em antecipação) à quimioterapia

Exacerbação de transtorno de ansiedade

- Fobias (agulhas, claustrofobia)
- Pânico ou transtorno de ansiedade generalizado
- Transtorno de estresse pós-traumático (sobreviventes do Holocausto, veteranos do Vietnã, lembrança da morte de um paciente com câncer)
- Transtorno obsessivo-compulsivo

(Reimpressa, com autorização, de Holland JC, Friedlander M. Oncology. In: Blumenfield M, Strain JJ, eds. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006:132.)

como benzodiazepínicos e buspirona, assim como neurolépticos atípicos e típicos. Inibidores de recaptação da serotonina (ISRSs) também são bastante eficazes para sintomas de pânico e ansiedade em pacientes oncológicos.

DEPRESSÃO E CÂNCER

Estima-se que um quarto a um terço dos pacientes com câncer sofra de depressão não reconhecida e não tratada. O risco é ainda maior em pacientes hospitalizados e com doença mais

avançada. Os sintomas incluem insônia, perda de apetite, anedonia, anergia, ansiedade, irritabilidade, prejuízo na concentração e tendência suicida. Frequentemente deixa-se passar o diagnóstico, porque o clínico acredita que esses sintomas sejam o resultado da doença física em si. Há momentos em que as famílias dos pacientes, e até mesmo os clínicos, sentem que a depressão é esperada ou que “faz parte do curso da doença”.

O diagnóstico de depressão em um paciente com câncer pode ser feito quando os sintomas persistir em por, pelo menos, duas semanas e quando há proeminência de sintomas cognitivos, como baixa autoestima, desesperança, desamparo, autodepreciação e graus variados de tendência suicida.

A relação entre a depressão e o câncer é complexa. É evidente que o câncer é capaz de desencadear uma depressão importante. Alguns dos medicamentos e outros fatores de risco relacionados a condições médicas para depressão no paciente oncológico estão relacionados na Tabela 3.2.

Há algumas sugestões na literatura científica de que os estados de humor podem desencadear ou agravar o curso do câncer. Há relatos de que pacientes com câncer de mama com “espírito de luta” têm um índice de sobrevida superior àqueles que socialmente aceitam sua doença. Além disso, há um índice maior de mortalidade por câncer em viúvas, em comparação a mulheres nunca casadas ou casadas.

Embora essas conclusões sejam sugestivas, não há evidências substanciais na literatura que comprovem que a depressão possa, de fato, causar o câncer. É óbvio que desencorajamos fortemente que se deixe implícito aos seus pacientes que eles, de alguma forma, causaram sua doença, já que é provável que isso seja falso e, com certeza, desmoralizante.

Tratamento da depressão no paciente com câncer

A depressão nos pacientes oncológicos é mais bem manejada com o uso de uma combinação de psicoterapia de apoio, terapia cognitivo-comportamental e psicofarmacologia.

Tabela 3.2 Fatores de risco relacionados à depressão em pacientes com câncer

<ul style="list-style-type: none">• Dor mal controlada• Outra doença/incapacidade física; estágio avançado• Medicamentos<ul style="list-style-type: none">Corticosteroides<ul style="list-style-type: none">Prednisona, dexametasonaInterferon e interleucina-2Agentes quimioterapêuticos<ul style="list-style-type: none">Vincristina, vimblastina, procarbazina, L-asparaginase• Outros medicamentos<ul style="list-style-type: none">CimetidinaIndometacinaLevodopaMetildopaPentazocinaFenmetrazinaFenobarbitalPropranololAlcaloides de rauwolfiaTamoxifenoAntibióticosAnfotericina B• Outras condições médicas<ul style="list-style-type: none">Metabólicas (anemia, hipercalcemia)Nutricionais (deficiência de vitamina B12 ou folato)Endócrinas (hipertireoidismo ou hipotireoidismo, insuficiência adrenal)Neurológicas (síndromes paraneoplásicas)• Locais do câncer<ul style="list-style-type: none">Pancreático, células pequenas do pulmão, câncer de mama, linfoma (que produzem remotamente efeitos no sistema nervoso central)

(Reimpressa, com autorização, de Holland JC, Friedlander M. Oncology. In: Blumenfield M, Strain JJ, eds. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006:134.)

Tratamento com medicação

Como os pacientes com câncer muitas vezes estão debilitados e apresentam outras complicações clínicas, recomendamos que “se comece devagar, se vá devagar”. É importante lembrar

que esses pacientes geralmente usam vários medicamentos diferentes. É aconselhável pesquisar as interações medicamentosas antes de prescrever qualquer fármaco. O uso de medicamentos é revisado no Capítulo 2. Os ISRSs, em particular, têm um bom histórico em pacientes com câncer.

Às vezes, os pacientes com câncer podem se tornar agudamente deprimidos com uma cessação ou quase cessação de ingestão nutricional, redução acentuada na atividade psicomotora e comunicação mínima. Você pode não ter certeza se isso é um estado depressivo ou uma deterioração progressiva de sua condição médica. O paciente poderia muito bem responder à terapia antidepressiva-padrão, mas se a depressão representar uma ameaça à vida, não se pode dar ao luxo de esperar várias semanas. Nessa situação, costumamos tentar psicoestimulantes. Pode-se começar com dextroanfetamina (2,5 mg pela manhã e à noite), aumentando-se gradualmente a dose a partir desse ponto. Se o paciente apresentar qualquer resposta, esta será imediata, e com muita rapidez se notará uma melhora na ingestão e na comunicação. Esse estimulante pode ser mantido por até várias semanas, enquanto o antidepressivo-padrão estiver sendo instituído. Se houver recorrência dos sintomas, pode ser reiniciado e, se necessário, continuado em longo prazo.

Como ocorre com qualquer psicoestimulante, lembre-se de ter cuidado se seu paciente apresentar uma tendência a desenvolver hipertensão, e recomendamos uma consulta cardiológica para pacientes com doença cardíaca. Também pode-se utilizar o metilfenidato como estimulante.

EXEMPLO CLÍNICO: “O BOMBEIRO QUE PRECISAVA DE UM EMPURRÃO”

Um bombeiro aposentado de 72 anos de idade com câncer no pulmão passou por uma ressecção parcial do pulmão e concluiu recentemente um ciclo de quimioterapia. Ele havia parado de se alimentar de repente e parecia ter desistido. Embora tivesse uma história de beber muito, não bebia há cinco anos. Sua família observou que, por cerca de seis meses após a morte da esposa, ele havia se isolado e estava deprimido, mas parecia estar se recuperando quando teve pneumonia e o câncer foi diagnosticado.

Quando consultado pelo psiquiatra, parecia muito distraído. Era difícil dizer se estava orientado, mas, depois de muito esforço, ficou claro que sabia onde estava e em que ano estávamos. Seu afeto era afável e negava

estar muito deprimido ou com ideação suicida. Não cooperou para um exame completo do estado mental. Os exames neurológicos, assim como a ressonância magnética da cabeça, estavam dentro dos limites normais, embora o interconsultor tivesse levantado a hipótese de uma metástase no cérebro ainda não detectada. Considerou-se a hipótese de *delirium*, mas isso não foi comprovado por outros componentes do exame do estado mental.

Decidiu-se prescrever fluoxetina, inicialmente 10 mg, dose aumentada para 20 mg por dia, em quatro dias. Entretanto, havia a preocupação de que a condição do paciente estivesse piorando e que qualquer efeito antidepressivo poderia levar várias semanas. Seu estado cardíaco e sua pressão arterial estavam estáveis, decidiu-se acrescentar metilfenidato (5 mg pela manhã). Quase imediatamente, observou-se uma melhora, e o paciente começou a falar mais livremente e a se alimentar. Após cinco dias, houve um retorno aos sintomas anteriores. A dosagem foi então aumentada para 15 mg pelos próximos cinco dias. O paciente apresentou uma melhora notável e ganhou vários quilos nas duas semanas seguintes. Começou a conversar e a rir com sua família. O psicoestimulante foi interrompido após duas semanas, e a fluoxetina foi aumentada para 40 mg diários. O paciente continuou a melhorar e recebeu alta do hospital para seguimento ambulatorial.

Questões psicoterapêuticas

- *Efeitos clínicos e cirúrgicos do câncer e do tratamento* – embora possa parecer óbvio, é importante lembrar que o câncer e seu tratamento afetam o corpo da vítima de maneira profunda e negativa. Após o tratamento para essa doença, o paciente pode se encontrar incapaz de andar, falar, comer ou respirar sem ajuda especial. Outros sintomas comuns incluem fraqueza, fadiga, náusea e vômitos persistentes. Frequentemente, há grande perda de peso como efeito direto do câncer, e pode ocorrer ganho de peso e queda de cabelo como resultado da quimioterapia.

Todas essas mudanças físicas afetam o *self* e a imagem corporal do paciente, podendo contribuir com uma depressão profunda. Pode haver um processo de luto pela perda (ou antecipação da perda) de uma parte ou função do corpo. Assim como com o luto da perda interpessoal,

pode-se observar que o paciente fica preocupado com o objeto perdido e seu significado. Seu paciente atravessará sentimentos intensos e episódicos, conforme seguir em direção à aceitação. Se o paciente deprimido já não tiver levantado essas questões, então você deve fazê-lo, já que são questões difíceis, mas muito importantes.

Para alguns indivíduos, a incapacidade de funcionar sexualmente, de ter filhos ou de ser considerado um ser sexual pode ser algo devastador, seja isso resultado de desfiguração ou perda de função. Embora essas questões sejam em especial relevantes em pacientes com câncer no seio, útero, próstata e testículos, vários outros tipos de câncer têm potencial de impacto similar por meio de efeitos sistêmicos, envolvimento anatômico indireto e pela natureza da cirurgia, quimioterapia ou radiação utilizada para o tratamento.

- *Fatores ambientais* – pesquisas demonstraram que pacientes com menos apoio social geralmente têm um pior prognóstico e desenvolvem habilidades de luta piores em resposta à sua doença. Portanto, você deve encorajar seu paciente a procurar por amigos e membros da família e reforçar o envolvimento de pessoas que o apoiem, quando se encontrar com elas. É claro, seja sensível a situações individuais nas quais o envolvimento familiar pode “acrescentar lenha à fogueira”, devido a conflitos interpessoais duradouros.

Há uma variedade de grupos de autoajuda locais e nacionais disponível para seus pacientes. Informe-se sobre essas organizações em sua área e faça os encaminhamentos apropriados. A *internet* está se tornando cada vez mais útil para que os pacientes de câncer busquem apoio e educação. Há uma relação de *websites* relevantes no final deste livro.

- *Fatores psicológicos* – avalie cuidadosamente o caráter e os traços de personalidade de seu paciente, já que têm grande peso na capacidade de adaptação positiva a doenças graves. Otimismo, senso de humor e a capacidade de reestruturar uma experiência negativa e transformá-la em positiva são traços úteis que devem ser estimulados.

Por outro lado, a tendência à preocupação e ao pessimismo sobre seu autovalor e futuro são amplamente definidos na literatura de pesquisa como “tendência à neurose”, e foram associados a um ajuste emocional deficiente.

- *Complexo de Nêmesse* – certifique-se de avaliar a história familiar de câncer de seu paciente. Pergunte sobre o curso da doença, incluindo recorrências, em pessoas que tinham significado e importância para ele. Se o paciente cuidou diretamente de uma vítima de câncer, descubra o que ele testemunhou em termos de dor e sofrimento, pois as lembranças dessas experiências com frequência influenciam seus temores e suas expectativas. Quando a pessoa de quem cuidou foi um dos pais, é comum haver uma expectativa profundamente arraigada de que sofrerá o mesmo destino. Revelar essas ideias trará alívio e possibilitará uma avaliação realista.
- *Comunicação distorcida* – repetidamente, em nosso trabalho com pacientes oncológicos, deparamo-nos com distorções na comunicação. De todas as doenças, o câncer é a mais difícil de se discutir devido à sua aura de morte iminente. Não é incomum que um médico assistente solicite uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que não tenha sido informado sobre o diagnóstico de câncer. Essa ocultação pode ser perpetuada por sua família. Por outro lado, também encontramos pacientes com câncer que pedem que a família não seja informada do diagnóstico. Mesmo quando este está aberto, os pacientes e as famílias podem tentar esconder uns dos outros o prognóstico ou a natureza terminal da doença.

Abordamos situações desse tipo perguntando ao paciente ou à família o que imaginam que o diagnóstico ou prognóstico revelará. Com bastante frequência, acontece que a pessoa que os outros tentavam enganar, na verdade, compreendia a verdade. Quando isso não acontece, uma análise cuidadosa do motivo pelo qual a verdadeira natureza da doença está sendo ocultada será útil para determinar o melhor caminho a ser seguido. Às vezes, as duas partes sentem que uma precisa “proteger” a outra.

Quando há fortes laços emocionais, a perda antecipada é tão forte que ambas as partes encontram muita dificuldade em conversar sobre isso.

Em alguns casos, o paciente ignora as comunicações sobre a gravidade do câncer como parte do mecanismo de defesa da negação. Ele usa a negação quando sofre uma grave ameaça a sua identidade e senso de integridade. “A verdade pelo bem da verdade” geralmente não é a melhor diretriz a ser utilizada nesse caso. Não se abre mão prontamente das defesas, a menos que exista algo de valor para substituí-las. Nessas situações, você deve trabalhar para estabelecer um bom relacionamento antes do início do confronto com a realidade da doença. Uma boa aliança de trabalho com o terapeuta muitas vezes será reconfortante para o paciente quando o mesmo abrir mão de suas defesas.

QUESTÕES PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS A TIPOS ESPECÍFICOS DE CâNCER

- *Câncer de mama* – uma em cada nove mulheres é acometida por câncer de mama. Em 2001, estimava-se que um novo caso era diagnosticado a cada três minutos e que uma mulher morria, a cada 13 minutos de câncer de mama. O risco é três vezes maior para mulheres que tenham um parente de primeiro grau com a doença. Mulheres de famílias em que houve vários casos de câncer de mama, às vezes, optam por fazer uma mastectomia bilateral eletiva antes de apresentarem quaisquer sinais de patologia, sobretudo se tiverem marcadores genéticos que indiquem uma alta probabilidade de ter câncer. Pacientes submetidas a mastectomia radical frequentemente desenvolvem uma variedade de problemas psicológicos, que vão da sensação de perda e baixa autoestima a uma depressão significativa. A reconstrução do seio com implantes é uma opção para muitas mulheres e pode ser muito útil do ponto de vista psicológico. A terapia individual e em grupo demonstraram ser muito eficazes. Dados de pesquisas sugerem que os esforços psicoterapêuticos

serão mais eficazes se instituídos durante os estágios iniciais do diagnóstico e do tratamento.

- *Câncer ginecológico* – embora exames regulares de papanicolau possam salvar a vida, a falta de instrução, a vergonha e a timidez podem, às vezes, fazer com que as mulheres evitem esse importante exame de rastreamento. O tratamento do câncer ginecológico normalmente leva à disfunção sexual. O envolvimento frequente do parceiro da paciente nos encontros psicoterapêuticos é importante. A perda da fertilidade após o tratamento do câncer também pode ter um impacto psicológico significativo. Estudos demonstraram que mulheres com câncer ginecológico apresentam um índice mais alto de depressão do que coortes de idade similar.
- *Câncer de próstata* – várias das questões discutidas sob o tópico “câncer ginecológico” aplicam-se a homens com câncer de próstata. Alguns recusam-se a passar pelo exame retal de rastreamento, por ignorância dos perigos do câncer da próstata ou devido à crença de que a inserção de algo em seu ânus prejudicará sua masculinidade. Uma vez diagnosticado e tratado, tanto a impotência quanto a incontinência são comuns, resultando em questões de embaraço e vergonha, que, por sua vez, podem desencadear síndromes psiquiátricas. Grupos de apoio têm sido muito úteis para homens com esses problemas.
- *Doença de Hodgkin e câncer dos testículos* – esses cânceres podem causar infertilidade, sobretudo em homens relativamente jovens, com subsequentes dificuldades emocionais. A preservação do esperma antes do tratamento pode ser uma opção. Pacientes com a doença de Hodgkin em geral têm fadiga, depressão, ansiedade e irritabilidade durante o tratamento, além de infertilidade. As preocupações psicológicas em sobreviventes muitas vezes relacionam-se com o lento retorno aos seus níveis de energia e ao medo de recorrência da doença.
- *Câncer pancreático* – há um antigo ensinamento clínico que diz que pacientes com esse tipo de câncer podem apresentar estado de ânimo disfórico antes de quaisquer outros sintomas da doença. Vários estudos apresentaram evidências de que a depressão e ansiedade eram mais

comuns em pacientes com câncer pancreático do que nos com qualquer outro tipo de tumor intra-abdominal. Com frequência, esses sintomas precedem o aparecimento de sintomas físicos da doença. Várias vias biológicas, utilizando mecanismos neurobiológicos, metabólicos e neuroendócrinos, foram postuladas como causas possíveis.

- *Tumores no cérebro* – os tumores no cérebro podem causar alterações no estado mental, incluindo depressão, *delirium*, demência ou convulsões. Crises parciais complexas sem sintomas motores também podem sinalizar o aparecimento de um tumor. Tumores no cérebro são mais bem diagnosticados por exames de imagens com contraste. Qualquer paciente com um primeiro surto psicótico após os 40 anos de idade deve ser submetido a exames por imagem do cérebro para excluir a possibilidade de um tumor. Determinados tipos de câncer têm maior probabilidade de metástase para o cérebro e de apresentar alterações no estado mental. O câncer no pulmão é o tumor que mais comumente causa metástase no cérebro, com 10% dos casos no início e 30% em um momento posterior da doença, o que pode ocorrer antes de o paciente sucumbir ao câncer. Em qualquer ponto no curso da doença, pacientes com câncer de mama podem apresentar metástases para o cérebro, em 6 a 20% dos casos. Pacientes com câncer renal têm um risco de 11 a 13% de o câncer passar para o cérebro. O câncer leptomeníngeo pode apresentar imagens normais, e será diagnosticado pela presença de células malignas no fluido cerebrospinal.

A TERAPIA DE GRUPO E O CÂNCER

Como já aludido, comprovou-se que a terapia de grupo reduz o estresse e melhora a mortalidade em pacientes com câncer. Em um estudo muito importante, *Living Beyond Limits* (Vivendo além dos limites), feito por David Spiegel e colaboradores em Stanford, mulheres com câncer de mama metastático foram randomizadas para receber terapia de grupo de apoio semanal durante um ano com tratamento médico, *versus* tratamento

médico apenas. A coorte da terapia de grupo apresentou menos transtornos do humor, menos respostas fóbicas e sobreviveu uma média de 36,6 meses, em comparação a 19 meses para o grupo-controle. Em outro estudo, realizado por Fawzy, pacientes recentemente diagnosticadas com melanoma maligno foram randomizadas para participar de uma experiência psicoeducacional de seis semanas ou de um grupo-controle. O grupo psicoeducacional apresentou menos turbulência psicológica e bem menos mortes subsequentes.

O PAPEL DO PSQUIATRA NA CESSAÇÃO DO FUMO

O tabagismo está relacionado a 30% de todas as mortes por câncer e 87% de todas as mortes por câncer de pulmão. Foi demonstrado que há um aumento no índice de tabagismo entre as mulheres e as minorias, fato que pode estar relacionado ao aumento no índice de câncer nesses grupos. Embora muitos fumantes de longa data acreditem que parar de fumar não reverterá os danos que já causados, pesquisas demonstraram que, dependendo do tipo de câncer, o índice de mortalidade pode diminuir de 30 a 50% em ex-fumantes, em até cinco anos após a cessação. Infelizmente, apenas cerca de um terço dos fumantes faz uma tentativa anual séria de parar de fumar, e apenas 2,5% de todos os fumantes conseguem atingir a abstinência por um ano.

Aproximadamente 85% das pessoas que têm sucesso ao parar de fumar parecem usar um dos métodos a seguir: abordagem “banho frio” (cessação abrupta), redução gradual ou grupo de autoajuda. O restante utiliza várias técnicas, incluindo terapia de substituição com adesivos ou chicletes de nicotina, assim como tratamento com farmacologia adjunta com bupropiona. Os grupos de autoajuda e tratamentos comportamentais, que incluem vários módulos, aconselhamento por telefone ou fumo programado, foram úteis. O psiquiatra interconsultor que trabalha com pacientes oncológicos deve estar familiarizado com essas várias técnicas, para que seja capaz de discuti-las em detalhes com os pacientes. Sugere-se que o tabagismo do paciente seja monitorado a exemplo do que se faz com os sinais vitais. Uma estratégia é usar o modelo de cessação do fumo dos quatro As (*ask about tobacco use* [pergunte sobre o uso do tabaco], *advise to quit* [aconselhe a parar], *assist with a cessation plan* [auxilie com um plano

de cessação] e *arrange follow-up and monitor progress* [arranje o seguimento e monitore o progresso]). No fumo programado, escolhe-se uma data-alvo e o paciente fuma em frequências variadas, com ou sem reduções no intervalo entre os cigarros. Não é raro que um psiquiatra ensine várias técnicas comportamentais como adjuntas para a cessação do fumo. O tempo ideal para oferecer auxílio na cessação do fumo é obviamente antes do desenvolvimento do câncer.

MARCADORES DE TUMOR, TESTES GENÉTICOS E TÉCNICAS DE RASTREAMENTO

Uma variedade de novas tecnologias tornou possível a identificação de indivíduos em alto risco de ter câncer. Os pacientes de alto risco geralmente são aconselhados a mudar atitudes, como a ingestão de alimentos carcinogênicos e a exposição excessiva ao sol, a fim de retardar o aparecimento da doença.

Antes da realização dos testes genéticos, é importante ter um plano estabelecido para aconselhamento pré-teste e pós-teste. Isso ajudará a identificar pacientes com transtornos psiquiátricos e pacientes psicologicamente vulneráveis aos testes genéticos. O modelo para esse tipo de programa é a abordagem à doença de Huntington, assim como a pré/pós-abordagem aos testes utilizada nos programas de teste do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o país. Há alguns genes neoplásicos hereditários que podem ser buscados, por exemplo, retinoblastoma, síndromes de neoplasia endócrina múltipla e a síndrome familiar hereditária de câncer ovariano e de mama devido a mutações do *BRCA1*. Sabe-se mais sobre os testes do gene para o câncer de mama do que sobre os testes de genes para outros cânceres. Entretanto, apenas 5 a 10% dos casos de câncer de mama parecem ser herdados. Um teste positivo para a mutação não significa que o paciente com certeza terá câncer de mama ou de ovário.

Os rastreamentos para câncer de mama com mamografias, para câncer de próstata com antígeno específico da próstata e para câncer do colo do útero com o papanicolau e a detecção do câncer de colo por meio de colonoscopia são três técnicas de rastreamento amplamente utilizadas. Pacientes submetidos a esses exames em geral não são avaliados por um psiquiatra, a menos que seja diagnosticado um câncer grave. Ao trabalhar com es-

ses pacientes, concluímos que resultados falso-positivos podem precipitar uma preocupação intensa, que pode tomar uma forma obsessivo-compulsiva, exigindo, às vezes, tratamento psiquiátrico. Os profissionais de saúde mental também podem ajudar pacientes recentemente diagnosticados a lidar com perda, desespero, depressão, ansiedade, raiva e outras emoções fortes. A tarefa clínica pode muito bem ajudar o paciente a compreender que, ao ser submetido a esses testes, ele e o médico estão dando a melhor chance possível para um bom cuidado da saúde e ajudando a minimizar as consequências negativas da doença imprevista.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Qualquer unidade especializada em oncologia tem potencial de trabalho de inter-relação com um psiquiatra interconsultor. Essa abordagem inclui as atividades a seguir:
 - Participar das visitas com a equipe de oncologia, pelo menos uma vez por semana.
 - Frequentar e participar de conferências semanais de casos.
 - Fazer reuniões regulares com assistentes sociais e enfermeiras especializadas designadas na unidade.
 - Quando viável, fazer consultas preliminares com pacientes hospitalizados e ambulatoriais durante a fase inicial do tratamento, de modo a estabelecer um vínculo, se forem necessárias intervenções posteriores.
2. São registrados sucessos de inter-relação com várias unidades especializadas em câncer. Os tipos de atividades a seguir são exemplos disso:
 - Programas de transplante de medula óssea, nos quais se deve prestar atenção aos doadores e aos receptores.
 - Programas de tratamento do câncer de mama, nos quais pode haver auxílio na consideração de opções de tratamento, implicações genéticas e programas de terapia em grupo.

- Programas de câncer de ouvido, nariz e garganta, nos quais se trabalha com as implicações psicológicas de cirurgias desfigurantes, assim como pacientes que perderam suas cordas vocais e precisarão aprender a fala artificial.
3. Programas hospitalares e equipes de cuidado paliativo, nos quais os pacientes com câncer em estágio avançado interagem com equipes especializadas.
 4. A equipe de oncologia, os médicos e os enfermeiros podem sentir-se desconfortáveis ao trabalhar com pacientes com câncer. Podem sofrer esgotamento. Frequentemente são receptivos a reuniões regulares para discutir casos individuais ou seus próprios sentimentos. Algumas vezes, os enfermeiros, em particular, podem desejar participar de uma reunião formal para discutir sentimentos e questões e/ou aprender diversas técnicas de redução do estresse. Esses grupos formais parecem funcionar melhor quando têm um limite de tempo de várias semanas a um ano.

Conceitos essenciais

- Pacientes com insuficiência renal (IR) frequentemente apresentam sinais e sintomas de *delirium*.
- Depressão e outros transtornos afetivos são os diagnósticos mais comuns em pacientes com IR seguida por *delirium* e demência.
- A escolha do tipo de diálise deve levar em consideração a situação psicossocial do paciente.
- A maioria dos pacientes com IR que precisa de medicamento psicotrópico não deve receber mais de dois terços da dose máxima recomendada para os indivíduos com função renal normal.
- A disfunção sexual é comum em pacientes em diálise, sobretudo em homens.

Você sabe que foi testado como psiquiatra interconsultor quando tiver tratado alguns pacientes com IR. Esse grupo de pacientes é uma das populações mais complexas com as quais os psiquiatras de interconsulta trabalham. Além das diversas variáveis metabólicas e físicas que podem complicar o quadro, há toda uma gama de questões de confusão psicológica relacionadas à doença, incluindo o transplante renal, diálise e outras. Também há uma sobreposição enganosa de sintomas entre a depressão e o início da IR. Para terminar, a própria IR é capaz de causar síndromes depressivas.

EXEMPLO CLÍNICO: “O HOMEM QUE TINHA MAIS DO QUE UMA GRIPE”

Um homem de 38 anos de idade apresentou-se ao pronto-socorro psiquiátrico com pensamentos delirantes de que a Agência de Inteligência Central Americana (CIA) o estava perseguindo.

Apresentava boa saúde, sem história médica ou psiquiátrica significativa até três meses antes da internação, momento em que desenvolveu

uma síndrome parecida com a gripe, com fadiga persistente. Não havia achados clínicos, porém, devido a alguns problemas conjugais, o paciente foi encaminhado para psicoterapia com um psicólogo, que sugeriu que falasse com seu clínico geral sobre medicação antidepressiva. O paciente recebeu prescrição de fluoxetina (20 mg diários). Apresentou leve melhora com a combinação de tratamentos, mas sua fadiga persistiu, o que foi atribuído à depressão. Três meses mais tarde, em um período de alguns dias, desenvolveu os sintomas de paranoia mencionados e foi consultado em um pronto-socorro psiquiátrico. Naquele momento, também apresentava temperatura de 38,3 °C e, no exame físico, apresentava evidências de pneumonia, confirmada por radiografia. O paciente foi internado no serviço médico e uma interconsulta psiquiátrica foi solicitada. Na manhã seguinte, quando visitado pelo consultor, apresentava temperatura de 39,4 °C. O paciente tinha um pensamento delirante de que estava em um castelo e sendo perseguido por cavaleiros de armadura. Apresentava alucinações visuais, que estavam relacionadas à sua ilusão. Tinha dificuldade em se concentrar e não era capaz de se lembrar de dois em três objetos. Seus dados laboratoriais evidenciaram contagem de leucócitos de 15.000, elevação do nitrogênio ureico no sangue de 50 e creatinina de 2,7. A análise da urina demonstrou proteinúria.

O psiquiatra fez um diagnóstico de *delirium* secundário à doença renal. O paciente foi tratado com haloperidol 1 mg duas vezes por dia. Foi colocado sob observação constante e recebeu protocolo de cuidado de apoio, no qual a equipe o orientaria regularmente e uma luz noturna era mantida acesa. Foi submetido a biópsia renal, que diagnosticou granulomatose de Wegener, uma doença autoimune que afeta os pulmões e os rins. O paciente iniciou diálise peritoneal e passou para hemodiálise em uma semana. Seu estado mental melhorou em 48 horas da primeira diálise. Ele e sua esposa estavam receptivos à discussão com o psiquiatra sobre a natureza de seus sintomas psicóticos, que eram assustadores para eles e seus filhos. Foram vistos periodicamente nos anos seguintes e, durante esse período, o paciente passou para diálise em casa e, por fim, foi submetido a um transplante renal.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

A IR deve ser incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com fadiga e depressão. É mais fácil fazer o diagnóstico correto com pacientes que tenham uma avaliação médica com

exames apropriados, que devem incluir ureia e creatinina, assim como exame de urina. Com IR e acúmulo de metabólitos tóxicos no sangue, o quadro característico de *delirium* emerge. Alterações no estado mental ocorrem com frequência na IR, podendo variar de anormalidades súbitas na concentração e inteligência a uma confusão acentuada, letargia e mioclonias. Embora alguns prejuízos cognitivos sejam reversíveis com a diálise, outros podem persistir. A etiologia das alterações agudas no estado mental inclui uma variedade de anormalidades metabólicas, como uremia, anemia, hipofosfatemia, hipoglicemia, hiperparatireoidismo, além de outras condições não metabólicas, como doença cerebrovascular, hematomas subdurais, meningite/encefalite, intoxicação por substâncias, transtorno convulsivo e assim por diante. É imprescindível identificar e tratar a causa fundamental do *delirium*, assim como tratar os sintomas do paciente. Pode-se usar haloperidol em baixa dosagem para ajudar a controlar a agitação e reduzir as manifestações psicóticas até que a IR seja corrigida por diálise. Como o haloperidol é metabolizado no fígado, há pouco risco no uso desse fármaco em doses apropriadas em pacientes com IR. Neurolépticos atípicos também podem ser úteis.

O diagnóstico de *delirium* devido a uma condição médica

O paciente deve apresentar o seguinte (do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [DSM-IV]):

1. Distúrbio de consciência com redução da atenção voltada para o ambiente e redução da capacidade de focar, manter ou mudar a atenção.
2. Uma alteração na cognição (como déficit de memória, desorientação ou distúrbio de linguagem) ou o desenvolvimento de um distúrbio de percepção que não é devido a uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
3. O transtorno desenvolve-se em um curto período (geralmente horas a dias) e tende a flutuar durante o curso do dia.
4. Há evidências de história, exame físico ou achados laboratoriais de que o transtorno é devido a consequências diretas de uma condição médica geral.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E DIÁLISE

No passado, a IR sempre teve um prognóstico fatal, e provavelmente por isso foi chamada *doença renal em estágio terminal (DRET)*. Os avanços científicos modernos tornaram possíveis várias formas de diálise, nas quais a função renal é mantida de forma artificial. Também há a possibilidade de transplante renal, que progrediu até um ponto em que doadores não aparentados podem fornecer o órgão. Embora essas técnicas prolonguem e salvem vidas, todos os pacientes com IR ainda podem apresentar vários problemas psicológicos. As respostas dos pacientes à necessidade de diálise são muitas e variadas. O próprio fato de que uma pessoa dependa da diálise para manter a vida é um fator importante de estresse. Considere, também, a perda da independência pelo paciente e a dependência de máquinas que podem, possivelmente, apresentar mau funcionamento a qualquer momento. Os mecanismos de enfrentamento (*coping*) dos pacientes da diálise incluem negação, regressão, agressão e depressão. Há, é claro, aquelas pessoas que apresentam uma aceitação madura de sua condição. A interação entre a equipe e o paciente também influencia o estado emocional do paciente. Portanto, o trabalho de inter-relação entre a equipe e o paciente renal é um processo dinâmico e contínuo.

O ideal é que a escolha da forma de diálise leve em consideração os fatores médicos, a disponibilidade de recursos e o estado psicossocial do paciente, em particular suas necessidades de independência. Os pacientes que têm uma grande necessidade de independência devem ser considerados para diálise em um centro de autotratamento, hemodiálise em casa ou diálise peritoneal ou transplante renal. Informações de sua parte podem ser úteis para a equipe de nefrologia ao fazer sua recomendação do melhor tipo de diálise para um paciente em particular. Algum trabalho psicoterapêutico com o paciente também pode ajudá-lo a perceber qual tipo de diálise ele prefere.

A hemodiálise é normalmente feita três vezes por semana, durante cerca de 4 a 6 horas por sessão, em um centro de diálise na comunidade, em um hospital ou em casa. O paciente senta-se em uma poltrona confortável e é conectado à máquina de diálise por meio de tubos, em uma fístula feita por cirurgia, geralmente no antebraço. Se tudo correr bem, o paciente pode ler ou assistir à televisão durante a diálise. No passado, houve episódios fre-

quentes de hipotensão e outras complicações, quando alarmes da máquina soavam. Agora, esses eventos são raros. Não obstante, muitos pacientes acham difícil fazer os ajustes necessários ao seu estilo de vida para acomodar as exigências da hemodiálise.

A diálise peritoneal ambulatorial crônica (DPAC) é outra opção. Em geral, os pacientes têm um cateter implantado de forma cirúrgica que permite o acesso à cavidade peritoneal e autoadministram a diálise pelo fluxo da cavidade várias vezes durante o dia, por períodos breves, ou continuamente, durante a noite. Embora esse método permita mais liberdade e menos restrição alimentar, já que o paciente não fica preso a uma máquina de diálise, a probabilidade de infecções é maior. O paciente deve utilizar técnicas meticulosas, para prevenir infecções com a DPAC. Além disso, os pacientes da DPAC podem ganhar peso e apresentar abdome distendido, o que pode não ser aceitável para eles.

EXEMPLO CLÍNICO: O CASAL EM QUE UM TERMINAVA AS FRASES DO OUTRO

Um homem de 38 anos de idade precisava fazer diálise devido a IR. Foi solicitada uma interconsulta psiquiátrica enquanto o paciente estava no hospital durante a fase aguda de sua doença, já que sua mulher insistia em estar com o marido após as horas de visita. Estavam casados há 10 anos, e ambos descreveram seu casamento como muito próximo e feliz. Quando entrevistados juntos, um terminava as frases do outro. Em um ponto, quando o paciente não conseguia se lembrar de um sonho que havia tido antes de vir ao hospital, sua esposa o reportou em detalhes. Ela se referia à doença do marido como “nossa doença renal”. Observaram que cada compra, independentemente de grande ou pequena, era sempre feita em conjunto. Com base nas informações do consultor da interconsulta psiquiátrica, foi feita uma decisão mútua para que o paciente fizesse diálise em casa.

O casal foi visto em seguimento periódico pelos anos seguintes. A diálise em casa parecia funcionar bastante bem, já que a esposa era capaz de manejar, com habilidade, o procedimento, feito três vezes por semana. O marido continuou a trabalhar para uma grande corporação e fazia diálise no final da tarde, e frequentemente ajudava seus filhos com a tarefa durante o procedimento. Como a diálise funcionava muito bem e não havia membros da família compatíveis para transplante, esta opção foi colocada em segundo plano.

No quinto ano, durante uma visita de seguimento, observou-se que havia uma sutil discórdia conjugal, parecendo haver uma hostilidade que antes não existia entre o casal. Durante uma reunião individual com a esposa, esta observou que estava se formando, e que queria trabalhar por pelo menos meio período. Ela se sentia sufocada pela obrigação de estar sempre disponível para fazer a diálise. Acreditava que a própria vida não estava indo a lugar algum, enquanto seu marido, apesar da doença, progredia com a carreira. Foi feita uma séria de discussões com o casal e individualmente. Eles foram capazes de discutir o arranjo entre eles e decidiram ir a um centro de diálise. Enfim, o paciente colocou seu nome na lista para um transplante de rim oriundo de cadáver.

Questões de qualidade de vida e a diálise

Devido às restrições impostas pela diálise, há acentuadas diferenças na qualidade de vida, dependendo do tratamento utilizado. Pacientes submetidos a transplantes com sucesso se saem melhor do que aqueles submetidos a diálise peritoneal ou hemodiálise. A depressão é comum nessa população (índice de prevalência de 6 a 34%) e pode ser afetada por outras condições médicas ou por medicamentos. Sintomas depressivos persistentes se associam a uma mortalidade superior e a hospitalizações mais frequentes.

A disfunção sexual é uma complicação frequente em pacientes em diálise. Em homens, pode tomar a forma de disfunção erétil, enquanto as mulheres frequentemente têm alteração no ciclo menstrual e diminuição da libido. Para alguns, a função pode retornar, pelo menos em parte, após um transplante. A perda da capacidade de urinar em pacientes do sexo masculino também pode contribuir para esse problema, assim como os medicamentos para a depressão e alterações metabólicas. Embora essa questão seja bastante significativa para o paciente, com frequência é ignorada pela equipe médica. O tratamento da disfunção sexual inclui medicação, aconselhamento sexual e, em alguns casos, o implante de uma prótese peniana. O uso do sildenafil e de outros inibidores da fosfodiesterase se mostrou eficaz para a disfunção erétil em 60

a 80% dos casos, sendo amplamente utilizado por homens em diálise. Embora você possa se sentir tentado a oferecer um teste com sildenafil a um paciente com disfunção erétil, tenha cuidado ao excluir a presença de doença cardíaca devido ao perigo do efeito sinérgico com nitratos, que são utilizados para tratar angina, o que pode diminuir a pressão arterial a níveis perigosos.

A interrupção da diálise é responsável por cerca de 20 a 25% das mortes de pacientes em diálise. Isso acontece porque esses pacientes muitas vezes têm complicações médicas, o que pode afetar gravemente sua qualidade de vida. Deve-se obter uma consulta psiquiátrica para aqueles que solicitarem interrupção do tratamento. Um grande número de pacientes decide que não quer continuar. É óbvio que deve ser feita uma avaliação do estado mental do paciente a fim de determinar se não está confuso e se compreende as implicações dessa decisão, que significa o fim de sua vida. Deve-se excluir a existência de depressão. Com frequência, ele não está deprimido, mas apenas considerando sua qualidade de vida de modo realista. Em geral, pacientes que decidem de forma racional interromper o tratamento têm mais de 60 anos de idade e sofrem de outras doenças crônicas, como diabetes. Após a interrupção da diálise, o paciente comum vive por 8 a 12 dias.

Como psiquiatra, você pode encontrar no centro de uma situação muito delicada, na qual um paciente racional e competente deseja interromper a diálise, enquanto a família e/ou a equipe de diálise discorda disso. O paciente pode não ter a capacidade de tomar tal decisão devido a *delirium* ou demência. A família pode ter o testamento do paciente ou declarar que sabe quais são os desejos dele nessa situação. Seu papel principal geralmente é o de determinar se uma doença mental, como *delirium*, demência ou depressão, está interferindo na capacidade do paciente de tomar tal decisão. Na maioria dos lugares, um tribunal é acionado. Os comitês de ética dos hospitais podem ser úteis nessas situações, podendo se reunir com a equipe assistencial, a família e o psiquiatra. A equipe médica que trata pacientes com IR reconhece e recomenda o cuidado paliativo no tratamento terminal de pacientes.

EXEMPLO CLÍNICO: A MULHER QUE NÃO QUERIA DIZER “NÃO”

Uma avó, que falava italiano, de 82 anos de idade, com uma grande família carinhosa e dedicada, estava em um centro de hemodiálise devido a IR. Considerava-se deprimida há cerca de dois anos, frequentemente mostrando-se relutante a comparecer à sua sessão de diálise três vezes por semana. Tomava fluoxetina há mais ou menos um ano, sem alteração aparente. Mais recentemente, a fístula da paciente entupiu, e não havia outros locais disponíveis. Foi recomendada uma cirurgia para criar um acesso vascular para diálise, e a paciente recusou-se a se submeter a esse procedimento. A família explicou que ela já havia sofrido o suficiente e que agora queria apenas interromper a diálise e “passar tranquilamente para o outro lado”. O primeiro interconsultor psiquiátrico entrevistou-a com a família como intérprete, além disso, ele compreendia italiano o suficiente para confirmar que era isso que a paciente pedia. Não havia evidências de depressão significativa ou de psicose aparente. A família ficou muito triste com essa decisão, mas tinha um forte sentimento de respeito pelo desejo da paciente.

Um segundo interconsultor avaliou a paciente; porém, em vez de usar a família como intérprete ou de tê-la presente durante a entrevista, pediu a uma supervisora da enfermagem que falava italiano que fizesse esse papel. A paciente relacionou-se bem e demonstrou um sensorio claro, muito consciente a respeito do ambiente e de sua situação. Ela observou que não queria morrer e que gostava de estar em casa, recebendo a visita dos netos e assistindo à televisão. Não se sentia mal significativamente. No entanto, acreditava que os filhos achavam que era hora de progredir. Pensava, de forma equivocada, que seus cuidados médicos eram uma carga financeira para a família. Também imaginava que os parentes que a traziam para diálise estavam perdendo um tempo precioso de seus empregos e família, e até podia dar alguns exemplos de coisas que haviam dito para confirmar isso. Ela achava que a cirurgia para estabelecer um acesso para sua diálise era muito incomum, e que os médicos não gostariam de fazê-la. Portanto, pensou que a coisa certa a fazer era recusar o procedimento e morrer tranquilamente. Via o respeito da família por sua declaração de não querer a diálise como prova de que era uma carga.

O psiquiatra precisou fazer um trabalho de seguimento sensível e delicado com a paciente e a família a fim de fazer com que a paciente aceitasse o procedimento cirúrgico e continuasse a diálise. A família arranhou um rodízio de motoristas para sua diálise, que incluía os netos, o que se mostrou muito gratificante para todos os envolvidos.

- **Síndromes neuropsiquiátricas na diálise** – há duas síndromes neuropsiquiátricas especificamente relacionadas à diálise que você deve reconhecer: a síndrome do desequilíbrio e a demência da diálise.
 - *A síndrome do desequilíbrio* é um estado transitório de *delirium* que geralmente inclui dores de cabeça, náusea, irritabilidade, câibras musculares, agitação, sonolência, convulsões e, às vezes, sintomas psicóticos que ocorrem na terceira ou quarta hora da diálise, ou em cerca de 8 a 48 horas após sua conclusão. Essa síndrome costuma ocorrer em pacientes que tenham sido submetidos a diálise rápida, e é causada pela supercorreção de anormalidades metabólicas. O nefrologista em geral está consciente dessa situação e trata a anormalidade, embora possa haver um período de lacuna entre o tratamento da anormalidade metabólica e o desaparecimento dos sintomas.
 - *A demência da diálise* é uma síndrome rara, caracterizada por encefalopatia progressiva, gagueira, disartria, disfasia, abalos mioclônicos, paranoia, depressão e convulsões. Essa síndrome ocorre em pacientes que foram submetidos a diálise crônica, e a etiologia parece estar relacionada à toxicidade do alumínio, podendo ser fatal. Embora tenha sido prevalente no passado, sua incidência diminuiu devido ao uso de fluido de diálise livre de alumínio. Não há tratamento conhecido.

Abordagem de tratamento às síndromes de demência e *delirium* na DRET

1. Determine a etiologia fundamental e tente reverter ou aliviar o processo da doença.
2. Trate a agitação ou psicose aguda com uma baixa dosagem de neuroléptico, como haloperidol (0,25 a 1 mg, duas vezes ao dia, via oral, aumentando a dosagem, conforme indicado). As vias intramuscular e intravenosa podem ser consideradas em circunstâncias especiais.

(continua)

(continuação)

3. Antipsicóticos atípicos podem ser utilizados nesse caso; o que será determinado pela experiência clínica e por nova literatura e pesquisas.
4. O uso adjunto de lorazepam pode controlar os sintomas.
5. A maioria dos pacientes com IR que necessita de medicação psicotrópica não deve receber mais de dois terços da dose máxima recomendada para aqueles com função renal normal (Tab. 4.1).
6. A observação constante e o uso limitado de restrições devem ser considerados para qualquer paciente confuso ou psicótico, que possa ser perigoso para si ou outros.
7. Devem ser utilizadas técnicas de reorientação frequentes e luz noturna.
8. Explique a natureza da condição para a família e para o paciente após a recuperação.

TRANSPLANTE RENAL

Falando de forma genérica, o transplante renal é desejável para a maioria dos pacientes, já que permite que tenham uma vida relativamente normal, melhorando a função renal. Há dois tipos de doação do órgão: doadores vivos (que podem ou não ser parentes) e cadáveres doadores. Os psiquiatras e outros clínicos da saúde mental com frequência estão envolvidos no processo de seleção do doador, por haver muitas questões psicossociais que surgem nesse processo. Ao fazer suas avaliações, as perguntas a serem feitas incluem as seguintes: Há envolvimento de coerção da família? O doador em potencial está cultivando ressentimento, embora superficialmente pareça altruísta? Os fatores que afetam o desfecho do transplante incluem rejeição do enxerto, efeitos colaterais de medicamentos imunossupressores (sobretudo efeitos colaterais neuropsiquiátricos) e a possibilidade de recorrência da doença, assim como as preocupações psicossociais. As modalidades psiquiátricas incluem uma breve terapia de apoio, intervenções farmacológicas e intervenções comportamentais. A situação ideal é a presença de um psiquiatra de interconsulta como parte da equipe, desde o processo de seleção do doador até o estágio pós-operatório.

Tabela 4.1 Efeitos neuropsiquiátricos de medicamentos psicotrópicos utilizados na doença renal em estágio terminal/transplante

Medicamentos	Comentários
Lítio	Recomenda-se “a regra dos dois terços”, mesmo que o fármaco não afete a função renal Contraindicado na insuficiência renal aguda, podendo, contudo, ser utilizado na doença renal crônica Completamente dialisado, a recomendação é diminuir a dose para 300 a 600 mg e administrar como dose única pós-diálise Diminuir a dose em pacientes em ciclosporina
Neurolépticos	O haloperidol e as fenotiazinas não são dialisados Não é necessária modificação da dose As fenotiazinas não são recomendadas (sedação, retenção de urina e hipotensão ortostática)
Antidepressivos tricíclicos	Aqueles com metabólitos hidroxilados são acentuadamente elevados na doença renal A nortriptilina é útil, com atenção à janela terapêutica A amitriptilina, a imipramina e a desipramina são excretadas (< 6%) através dos rins A meia-vida da nortriptilina e da doxepina é aumentada na IR
Inibidor seletivo da recaptação da serotonina	A fluoxetina é altamente ligada a proteínas. Também tem uma meia-vida longa; pode necessitar de ajuste da dosagem A concentração da paroxetina aumenta quando a função renal diminui Siga a regra dos dois terços para todos os ISRSs
Outros antidepressivos	Desequilíbrios de eletrólitos na IR podem potencializar convulsões em pacientes que estão tomando bupropiona A depuração da venlafaxina é reduzida na doença renal; é necessário ajustar a dosagem Os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) causam hipotensão ortostática, especialmente após a diálise.
Ansiolíticos/hipnóticos sedativos	Os barbitúricos podem aumentar a osteomalacia; também aumentam a sedação O alprazolam, a cloradiazepoxida e o diazepam contêm metabólitos ativos; causam aumento nos efeitos psicomotores

(continua)

Tabela 4.1 Efeitos neuropsiquiátricos de medicamentos psicotrópicos utilizados na doença renal em estágio terminal/transplante (*continuação*)

<i>Medicamentos</i>	<i>Comentários</i>
Ansiolíticos/ hipnóticos sedativos	O hidrato de cloral não é contraindicado, mas evite quando o índice de filtração glomerular for < 50 mL/min O lorazepam, o oxazepam, o temazepam e a buspirona não são dialisados, no entanto, sua meia-vida aumenta na IR A meia-vida da buspirona é aumentada na IR; é necessário reduzir a dose
Anticonvulsivantes	Pode-se usar o valproato A carbamazepina tem ação antidiurética e não dialisável; preferida ao fenobarbital e à fenitoína em pacientes com convulsões

IR, insuficiência renal.

PSICOFARMACOLOGIA NA DOENÇA RENAL

A maioria dos medicamentos psicotrópicos, exceto o lítio, é metabolizada no fígado, e não nos rins. Portanto, tecnicamente, não há necessidade de ajustar a dose. No entanto, na realidade, os pacientes renais são bastante vulneráveis a efeitos colaterais adversos. Isso pode estar relacionado aos níveis mais baixos de proteínas para ligação do fármaco. Portanto, uma regra clínica geral diz que não se deve dar mais de dois terços da dose máxima recomendada para pessoas com função renal normal. Ao prescrever psicotrópicos para pacientes renais, preste bastante atenção às interações medicamentosas.

- *Neurolépticos* – não há necessidade de modificação da dose. Devemos nos lembrar de que o haloperidol e as fenotiazinas não são dialisáveis; porém, isso não significa que não possam ser administrados a pacientes em diálise. As fenotiazinas, assim como a torazina, não são bem toleradas devido aos efeitos colaterais anticolinérgicos, particularmente hipotensão ortostática e sedação. Em geral, as doses iniciais são mais baixas do que a usual, e os neurolépticos de alta potência parecem ser bem

tolerados. Os antipsicóticos atípicos são bem tolerados nessa população.

- *Antidepressivos* – o papel dos antidepressivos tricíclicos (ATCs) foi mais extensamente estudado em pacientes com IR em relação a outros antidepressivos. No entanto, é provável que todos os antidepressivos possam ser usados. A nortriptilina, com sua bem definida janela terapêutica, é a preferida entre os ATCs. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e outros antidepressivos são prescritos com bastante frequência, embora não tenham sido completamente estudados na doença renal. Um de nós (MB) participou de pesquisas que estabeleceram a eficácia e a segurança da fluoxetina em pacientes com DRET. Ao usar fluoxetina, é importante lembrar que esta é altamente ligada a proteínas e, como tal, capaz de deslocar a warfarina e a digoxina, entre outros medicamentos com frequência prescritos a pacientes renais. Em geral, concluímos que os ISRSs são bastante seguros em pacientes renais, embora recomendemos um cuidadoso monitoramento para efeitos colaterais. Recomendamos cuidado ao utilizar bupropiona em pacientes com IR, já que os desequilíbrios de eletrólitos costumam torná-los mais suscetíveis a convulsões. Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) também podem ser úteis, sobretudo em pacientes refratários. Entretanto, devemos ter em mente que podem causar hipotensão ortostática, que também é um fenômeno comum pós-diálise (Tab. 4.1).
- *Agentes ansiolíticos* – recomendamos que você utilize benzodiazepínicos, sem metabólitos ativos, para evitar a possibilidade de acúmulo em pacientes com IR. Esses incluem clonazepam, lorazepam, oxazepam ou temazepam. A buspirona, um ansiolítico não benzodiazepínico administrado de forma contínua, é metabolizada no fígado, podendo também ser utilizada. Os ISRSs também devem ser considerados como agentes ansiolíticos.
- *Lítio* – tenha cuidado ao usar lítio em pacientes com doença renal. Avalie a função renal antes e durante a terapia com esse medicamento. Apesar de o lítio ser contraindicado na IR aguda, pode ser utilizado na IR crônica. Embora essa terapia possa prejudicar a capa-

cidade de concentração renal em pessoas saudáveis, pode ser aplicada na IR, entre outras razões, devido à incapacidade de os rins funcionarem. O lítio pode ser usado em pessoas com IR, porque é removido de forma exclusiva pelos rins, mas removido por completo pelo tratamento com diálise. Deve ser administrado no fluido de diálise, durante a diálise peritoneal, ou como dose oral única, após cada tratamento com hemodiálise.

- *Anticonvulsivantes* – em pacientes que já apresentavam transtorno convulsivo preexistente, pode-se utilizar carbamazepina, ácido valproico e anticonvulsivantes mais modernos, como topiramato, lamotrigina e gabapentina. Esses também são alternativas ao lítio em pacientes com transtornos bipolar ou do controle de impulsos. A carbamazepina não é dialisada, sendo preferida ao fenobarbital e à fenitoína por esse motivo. Entretanto, esses anticonvulsivantes são provavelmente seguros e têm melhores perfis de efeitos colaterais, embora não sejam tão bem estudados.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Pacientes em diálise com frequência apresentam problemas médicos crônicos (Tab. 4.2) que interferem na qualidade de vida e resultam em vários problemas psicossociais. Há uma relação terapêutica com a equipe renal, composta de nefrologistas, enfermeiros de diálise e assistentes sociais, os quais costumam ser receptivos à presença de psiquiatras interconsultores que participam de estudos de casos e visitas e de reuniões com a equipe e consultam pacientes com frequência durante suas sessões de diálise regularmente programadas.
2. Os programas de transplante renal são ideais para o trabalho de inter-relação dos psiquiatras. É interessante se ter uma avaliação psicossocial completa antes do transplante, a fim de antecipar os tipos de problemas de ajustes que os pacientes terão. A resistência à conformidade total com medicação e dieta costuma ter

Tabela 4.2 Complicações neuropsiquiátricas de medicamentos utilizados nas doenças renais

Corticosteroides	Euforia, mania, psicose, depressão
Esteroides anabólicos	Paranoia, mania, depressão, comportamento agressivo
Reserpina	Depressão
Metildopa	Confusão, depressão, demência
Prazosin	Sonolência, depressão, nervosismo
Tiazidas	Fraqueza, pseudodepressão
Clonidina	Depressão, alucinações
Inibidores da ECA	Depressão, sonolência, insônia, nervosismo
Bloqueadores do canal de cálcio	Depressão
Ondansetron	Pânico, medo, agitação, instabilidade emocional
Ciclosporina	Confusão
Betabloqueadores	Depressão

uma complicada base psicológica. Essas questões são mais bem discutidas como parte de um esforço em equipe, que inclui reuniões em equipe e trabalho de inter-relação.

- 3. Reuniões individuais com membros da família e em grupo podem ser úteis, e frequentemente são feitas em coordenação com outros membros da equipe psicossocial, como assistentes sociais e enfermeiros de diálise. Consultar os membros da família do doador antes e depois do transplante também pode ser uma contribuição valiosa.
- 4. Realizar reuniões regulares com nefrologistas, com a equipe renal, de transplante e da unidade de terapia intensiva (UTI) são atividades de inter-relação tradicionais que têm um impacto favorável nos pacientes em diálise.

AGRADECIMENTO

Os autores gostariam de agradecer ao dr. Norman B. Levy pela ajuda na revisão deste capítulo.

Cuidado psicológico do paciente com queimadura e trauma

Conceitos essenciais

- Pacientes com lesões por trauma e queimadura em geral são submedicados para a dor.
- É raro pacientes tratados com narcóticos para a dor após uma lesão por trauma ou queimadura se tornarem fisicamente dependentes da medicação; porém, a equipe, os pacientes e a família costumam ter medo de que isso aconteça.
- *Flashbacks*, pensamentos intrusivos e sonhos do acidente são sequelas comuns após acidentes, e sua frequência geralmente diminui com o passar dos dias e das semanas.
- Amputações, perda de função e cicatrizes no rosto e nos genitais têm um grave impacto psicológico sobre os pacientes e não devem ser minimizados apesar da negação inicial de sintomas psicológicos pelo paciente.

As lesões por trauma e queimadura ocorrem de modo repentino, sem advertência. Em poucos segundos, a vida de uma pessoa muda para sempre. O impacto psicológico e psiquiátrico dessas lesões aparece quase de imediato e tem implicações de longo alcance e de longo prazo. A dor física que acompanha o processo torna-se central e deve ser tratada antes de os pontos psicológicos centrais serem abordados. Os sintomas de estresse agudo e, então, de estresse pós-traumático frequentemente tornam-se parte do quadro clínico, devendo ser reconhecidos e tratados. A resposta psicológica individual a cada uma dessas questões é complicada por problemas como abuso de substâncias, amputações, perda de função e cicatrizes, quando ocorrem.

DOR E CONTROLE DA DOR

Como interconsultor psiquiátrico novato atendendo um paciente com trauma ou queimadura, você pode ter expectativas não realistas. Pode presumir que seu paciente desejará discutir o trauma e a variedade de emoções e conflitos psicológicos que são desencadeados. Porém, em um primeiro momento, as únicas questões com as quais ele se preocupa são a dor e seu controle. Até que essa questão seja reconhecida e tratada, todas as outras preocupações serão discutidas da maneira mais superficial e fugaz.

Cada vez que você consultar seu paciente durante a fase aguda da lesão, pergunte sobre o controle de sua dor e como está lidando com isso. Suas anotações devem conter comentários sobre o grau de controle aparente da dor e a satisfação do paciente. Como consultor psiquiátrico, você deve ter um conhecimento particular do controle da dor, incluindo medicamentos específicos com dosagens equianalgésicas, início da ação, efeitos colaterais e interações medicamentosas. Em especial, quando a equipe assistencial não tiver conhecimento sobre o controle da dor ou quando houver um consultor para a dor, o psiquiatra deverá dar um passo à frente e assumir esse papel.

REAÇÕES PSICOLÓGICAS AO TRAUMA E À QUEIMADURA

Uma lesão por trauma ou queimadura é quase sempre um evento inesperado. Mesmo pessoas que tenham trabalhos perigosos, como policiais ou bombeiros, não esperam ser gravemente feridas e não estão preparadas do ponto de vista psicológico para o trauma. De maneira similar, o indivíduo que realiza uma tentativa de suicídio não antecipa o que vem após a lesão.

A resposta psicológica inicial será definida pela intensidade da dor e pela eficácia do tratamento para esta. Durante a fase aguda de uma lesão grave, frequentemente há um período de retirada psicológica. É mais provável que isso ocorra com queimadura extensa, perda de um membro ou ameaça grave à vida, embora a reação seja comum à maioria das pessoas feridas, sobretudo em crianças. Os pacientes, mais voltados para si, demonstram pouco interesse nos eventos externos, na família ou amigos. O

afeto do paciente costuma ser enfraquecido, o que pode parecer paradoxal no cenário de uma lesão importante, no qual se pode esperar uma grande preocupação. Isso com frequência é confundido com depressão, mas, na realidade, o paciente raramente comunica verdadeira ideação depressiva, perda de autoestima, luto ou sentimentos de culpa nesse momento. É provável que essa resposta se deva a uma combinação de dois fatores: um fenômeno psicológico chamado *preservação-retirada* e mecanismo de defesa de negação.

A *preservação-retirada* deve-se a uma ativação do sistema parassimpático, com redução da frequência cardíaca, da pressão arterial, da temperatura corporal, do tônus muscular e da atividade motora em geral. Normalmente se resolve em 1 a 2 semanas, mas pode prolongar-se por mais tempo se ainda houver ameaça fisiológica à vida do paciente.

A *negação* é um mecanismo de defesa protetor inconsciente, que alivia a ansiedade que surge quando um indivíduo é ameaçado pela possibilidade de morte, mutilação e dor. A negação não apenas reduz a ansiedade, mas também reduz a resposta da catecolamina, desencadeada por ela, o que pode proteger o sistema cardiovascular. Nossos colegas clínicos e cirurgiões podem enxergar a negação como um processo patológico baseado na irrealidade e podem nos pedir que a removamos. No entanto, a remoção abrupta da negação na fase inicial de uma lesão pode resultar em um ego vulnerável, causando uma ansiedade acentuada e até mesmo psicose aberta. Os pacientes em negação em geral resistem em receber informações sobre sua condição. Recomendamos que essas informações sejam dadas aos poucos e com pouca frequência. Em geral, em 1 a 2 semanas depois de a dor estar sob controle, a negação abrirá caminho para testes razoáveis da realidade. Pode, no entanto, levar alguns meses ou até mais tempo para uma pessoa gravemente ferida compreender e aceitar por completo suas novas limitações.

A *ansiedade* é uma resposta universal a todas as doenças, sobretudo quando não há uma forte negação presente, mas adquire características particulares no momento do trauma e da queimadura. Sob essas circunstâncias, o paciente não mais se percebe como completamente intacto. O sentido de integridade é violado, o que é capaz de gerar uma ansiedade quase devastadora e, às vezes, uma descompensação psicótica.

Outra causa de ansiedade nos pacientes com trauma é a ansiedade da separação. Do ponto de vista psicodinâmico, acredita-se que esta tenha origem durante a primeira infância, quando a criança está lutando contra a separação da mãe. O valor prático dessa formulação é que ela pode alertá-lo a reconhecer porque algumas pessoas que tenham tido problemas com a separação quando crianças podem ter dificuldade no momento de uma súbita hospitalização forçada.

Apesar de você levar consigo, compreensivelmente, uma propensão psicológica à maioria de suas consultas, pense de maneira diferente se for chamado ao leito de um paciente após um trauma que tenha alguns ossos fraturados e, agora, uma devastadora ansiedade, falta de ar e medo de estar morrendo. Embora possa parecer um ataque de pânico, não deixe passar uma embolia pulmonar aguda, que se apresenta exatamente assim.

A *depressão* pode ser esperada em resposta a uma lesão que envolva perda de função corporal e perda de papéis no trabalho e na família. O paciente pode verbalizar tristeza, chorar ou simplesmente apresentar uma expressão facial triste. Diminuição do apetite, perda de peso, transtornos do sono, despertares no início da manhã e redução na atividade psicomotora são marcos de uma depressão importante. Entretanto, pode ser difícil diagnosticar um estado depressivo apenas por meio de sinais vegetativos, já que a lesão (sobretudo lesões por queimadura) pode trazer à tona alguns desses sintomas na ausência de depressão.

De maneira similar, pode ser difícil distinguir tristeza de depressão. Em geral, o paciente triste, e não deprimido, não apresenta uma diminuição significativa da autoestima. Ele percebe que a lesão causou algumas perdas e limitações, mas não sente que será menos amado como pessoa, e não deixou de acreditar que merece o afeto e a atenção dos outros. Consideramos que a pessoa ferida progrediu para uma depressão grave quando há uma diminuição concomitante no senso de valorização como pessoa. Em vez de se preocupar com lembranças, tristeza com a perda e ruminar questões reais, o paciente mais gravemente deprimido começa a dar à perda um significado que prejudica a autoestima. Por exemplo, o amputado considera-se “apenas um aleijado” ou o paciente queimado considera-se um “ninguém desfigurado”.

SINTOMAS DE ESTRESSE AGUDO E DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

As lesões mais traumáticas ocorrem em situações que atendem aos critérios do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quarta edição (DSM-IV), para um “evento traumático”: um evento que envolva “ameaça ou concretização de morte ou lesão grave à integridade física do indivíduo ou de outrem”. A resposta do paciente geralmente envolve um medo intenso e, às vezes, desesperança ou horror. Esses são os dois critérios mais importantes para o transtorno de estresse agudo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Baseados nossa experiência, os pacientes gravemente feridos atenderão aos critérios para o diagnóstico de transtorno de estresse agudo. Quando esses sintomas duram pelo menos um mês, faz-se o diagnóstico de TEPT.

Do ponto de vista prático, como consultor, você deve estar menos preocupado em fazer um diagnóstico oficial do que em reconhecer quais sintomas podem ser tratados. Dê atenção particular a *flashbacks*, pesadelos e situações que façam o paciente lembrar do acidente, causando-lhe ansiedade. Em geral, há uma melhora gradual desses sintomas com o tempo, e você pode monitorar essa melhora. A falha em demonstrar uma melhora progressiva, normalmente em um período de 1 a 2 semanas, costuma indicar a necessidade de uma psicoterapia mais intensiva, muitas vezes com o acréscimo de medicação.

PSICOTERAPIA E PSICOFARMACOLOGIA NO SETTING DE TRAUMA

Técnicas específicas de psicoterapia são discutidas em detalhes no Capítulo 16. Para a maior parte dos pacientes, um pouco de revisão das circunstâncias do acidente será útil. Quando houver sintomas persistentes, pode ser necessária uma revisão mais detalhada. Nessa situação, você deve não apenas revisar as lembranças do evento traumático, mas também explorar as associações do paciente com o acidente e a inter-relação com outros conflitos que ele possa ter. O ritmo de qualquer intervenção terapêutica deve ser baseado em sua análise da força do ego do paciente e de sua capacidade de lidar com tal material sem ser subjugado.

Os sintomas de ansiedade podem ser tratados com psicofarmacologia, assim como com técnicas de relaxamento ou hip-

nose, em algumas situações. Vale repetir que o controle da dor tem importância vital, e, sem ele, é provável que nenhum tratamento para ansiedade seja eficaz.

Com respeito aos benzodiazepínicos, tendemos a favorecer o clonazepam. Tem meia-vida de cerca de 15 horas, podendo ser utilizado 1 ou 2 vezes por dia. Não ocorrem episódios súbitos de ansiedade entre as dosagens. Estas podem ser iniciadas em 0,5 mg e reduzida à metade ou aumentada conforme necessário. Também é relativamente fácil ajustar a dosagem quando se toma a decisão de interromper a medicação.

A sertralina foi aprovada pela Food and Drug Administration para o tratamento de TEPT. Acreditamos que outros inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) são também eficazes para o TEPT. Sugerimos, no entanto, que você utilize medicamentos como parte de uma abordagem multifacetada que inclua intervenção psicoterapêutica.

Lembre-se de que uma lesão por trauma ou queimadura não ocorre no vácuo. Cada paciente terá uma compensação psicológica específica que influenciará a resposta psicológica ao trauma. Como parte disso, seu paciente provavelmente terá fantasias específicas sobre por que e como foi ferido. Durante sua avaliação, pergunte sobre coisas significativas que podem ter levado à lesão ou que possam ter acontecido depois do acidente.

EXEMPLO CLÍNICO: TRAUMA ESPERADO?

Um homem de 55 anos de idade feriu gravemente seu braço direito em um acidente com uma máquina de impressão tipográfica. A equipe do hospital o ouviu dizer: “Esperava que isso acontecesse mais cedo ou mais tarde”. Um questionamento sobre o significado dessa afirmação pelo interconsultor revelou que ele esperava por isso não apenas porque seu empregador não mantinha o equipamento da prensa de maneira adequada, mas também porque merecia ser punido por algo que havia acontecido há mais de 35 anos. Quando adolescente, ao dirigir intoxicado, causou um acidente automobilístico no qual uma pessoa foi morta e outra ficou paralisada.

Podem ocorrer amputações traumáticas no momento do acidente ou em cirurgias necessárias devido a este. Há implicações psicossociais muito importantes das amputações, assim

como de situações em que ocorre o reimplante. Esses tópicos são abordados no Capítulo 11.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Centros especializados em trauma ou prontos-socorros frequentemente oferecem um *setting* ideal para que um psiquiatra se conecte.
2. O esforço da inter-relação em geral envolve o trabalho com outros profissionais de saúde mental em consultas de familiares que recebem notificações súbitas de morte e lesões.
3. Da mesma maneira, uma unidade de queimaduras deve ter um psiquiatra que trabalhe com o assistente social e um especialista em enfermagem clínica, que atenda os pacientes e suas famílias.
4. Trabalhar em conjunto com a equipe de trauma, queimadura ou do pronto-socorro costuma ser essencial, já que os pacientes enfrentam choque por lesões súbitas e lesões que ameaçam a vida.
5. O psiquiatra pode fornecer uma inter-relação valiosa com uma equipe de ética ou um comitê de ética, quanto ao estado mental do paciente, ao se tomar decisões momentâneas de vida ou morte.
6. Pacientes submetidos a amputação e/ou reimplante frequentemente são tratados por uma equipe de médicos e enfermeiros que se beneficiarão da presença de um psiquiatra trabalhando com eles.
7. Realizar reuniões regulares com a equipe e os enfermeiros de uma unidade de queimadura e trauma normalmente é muito bem-vindo. Com frequência, há um *esprit de corps* nessas equipes. Outro profissional dedicado ao trabalho nessa área será bem recebido.

Cuidado psicológico da paciente obstétrica

Conceitos essenciais

- Há um papel evidente para o psiquiatra interconsultor no caso de uma gestante que tenha hiperemese gravídica, esteja em repouso no leito ou aparente abuso de substâncias.
- A chamada gravidez indesejada costuma refletir conflitos conscientes e inconscientes e ambivalência de qualquer dos parceiros.
- Mulheres com esquizofrenia apresentam risco de descompensação no pré-natal e no pós-parto.
- Há determinadas situações em que alguns medicamentos psicotrópicos podem ser usados com eficácia e segurança durante a gestação.
- A psicose no pós-parto pode ocorrer em 1 a 2 semanas após o parto, exigindo geralmente hospitalização devido ao potencial suicida e a preocupações com infanticídio.

A gestação e o parto geralmente são um período de alegria na vida de uma mulher. No entanto, muita coisa pode dar errado, e qualquer complicação pode ser acompanhada de muito sofrimento emocional e perda da autoestima. Seu papel como psiquiatra interconsultor é ajudar a paciente a atravessar uma importante crise na vida, que também pode promover o bem-estar de uma criança ainda não nascida ou recém-nascida. Neste capítulo, abordamos questões psicológicas que surgem em todo o ciclo de concepção, gestação e parto.

CONCEPÇÃO

A infertilidade ocorre em cerca de 5 a 10% dos casais. Embora a luta contra esse problema possa aproximar um casal, também

pode aumentar os conflitos, o que pode exigir terapia conjugal ou individual. O homem pode se sentir “menos homem” e relutar em ter seu esperma examinado. Mulheres com dificuldades para conceber podem se sentir pouco femininas ou sem valor. Às vezes, há uma extrema culpa por abortos anteriores.

Novas tecnologias reprodutivas permitem a inseminação artificial, gestação por substituição ou outras variações, utilizando transferências de embriões e gametas. Algumas dessas técnicas exigem injeções hormonais na mulher, capazes de causar alterações de humor, sobretudo quando são interrompidas abruptamente. Às vezes, pode ser necessário fazer “sexo sob encomenda” em um momento em particular, o que causa tensão e até ansiedade com o desempenho com potenciais problemas de impotência. Quando uma mulher fica grávida após um longo e árduo processo, pode haver uma grande elação. No entanto, esta pode ser seguida por decepção e até depressão, conforme os sintomas da gravidez e/ou as tarefas de cuidar de um recém-nascido afetam a vida do casal. Quando há dificuldades nesse sentido, pode ser útil uma consulta psiquiátrica e intervenção precoce. Na realidade, vários especialistas em fertilidade encaminham pacientes para psicoterapia como parte integrante de seu tratamento. Os pacientes podem precisar não apenas tratar a ansiedade e a depressão, mas também da oportunidade de explorar questões de culpar a si ou a outros, assim como distorções da imagem corporal.

GRAVIDEZ INDESEJADA

Na entrevista de uma gestante, é razoável perguntar se a gravidez foi planejada. Se for reconhecida como não planejada, sugerimos que se investiguem as circunstâncias da gestação e os detalhes de qualquer método contraceptivo que possa ter falhado. Nossa experiência mostra que é bastante raro que a paciente não tenha recebido educação ou informações adequadas sobre métodos contraceptivos apropriados. Uma cuidadosa história do caso pode revelar as circunstâncias de vida que resultaram em um desejo consciente ou inconsciente de ter um bebê, e, portanto, a expuseram à possibilidade da gravidez. Por exemplo, pode acontecer de “acabarem as pílulas anticoncepcionais” de uma mulher ou que ela “esqueça de renovar a prescrição”. Ou, talvez,

uma mulher decida “arriscar” e não inserir seu dispositivo intrauterino (DIU), ou acredite que seu ciclo não está no período fértil, e, assim, concorde com que o parceiro não use preservativo.

Frequentemente, em todos esses tipos de situação, você descobrirá que a paciente tem sentimentos mistos quanto a engravidar. Por exemplo, uma mulher pode ter acabado de visitar alguém da família ou uma amiga com filhos pequenos e ficou pensando sobre o desejo de ter um bebê quando falhou em usar seu método contraceptivo usual. É preciso ter o cuidado de considerar o papel do parceiro na chamada gravidez indesejada. Por exemplo, o coito interrompido (retirada), um método contraceptivo que falha com frequência, é um método em que o homem é capaz de determinar o sucesso ou insucesso do desfecho. Qualquer dos parceiros pode ter necessidade de prolongar o relacionamento com uma gravidez, ainda que isso não tenha sido discutido antes e planejado. O conflito, que pode ter levado à gravidez, tem o potencial de acabar com qualquer relacionamento conjugal ou amoroso, influenciar o futuro da relação pais-filho e resultar em outras gestações indesejadas. Mesmo quando uma gravidez indesejada é aceita, pode ser útil sugerir psicoterapia a fim de lidar com os conflitos fundamentais.

COMPLICAÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO

- *Hiperemese gravídica* – é uma potencial complicação da gestação, que ocorre em aproximadamente 1 a 3 casos a cada mil nascimentos. A causa exata da náusea e dos vômitos não foi estabelecida. Acredita-se que esteja relacionada ao nível de hormônio gonadotrópico coriônico humano, que tende a estar alto no sangue e na urina nas primeiras 12 semanas de gestação. Isso corresponde à duração usual da náusea e dos vômitos, devendo-se manejar a dieta (refeições menores e frequentes e certos alimentos brandos, como bolachas e torrada seca) e evitar os desencadeadores (odores e determinados alimentos). Quando os vômitos são complicados por desidratação, podem ser necessários o uso de fluidos intravenosos (IV) e a correção de eletrólitos. Certos antieméticos, incluindo a metoclopramida, foram utilizados, e, até hoje, não foram associados a complicações reprodutivas.

As mudanças no estilo de vida da mãe que apresenta essa condição são muitas e de longo alcance. A mãe pode precisar tirar licença do trabalho muito antes do esperado ou sair abruptamente da escola. Talvez não possa sair de casa e tenha que enfrentar múltiplas hospitalizações. Algumas mulheres descreveram uma sensação de isolamento e vulnerabilidade quando lhes foi tirado o controle físico, emocional e até financeiro. Outras descreveram perda do desejo, sensação de estarem rodeadas de recipientes “para cuspir” e constante mau hálito. Essa é uma condição na qual os sentimentos quanto à gravidez podem ser muito diferentes dos sentimentos quanto ao bebê. Pacientes hospitalizadas, às vezes, expressam incerteza quanto a serem capazes de continuar com a gestação, fantasias com parto prematuro, embora o bebê seja muito esperado. Em casos raros, pacientes optaram pelo término da gestação, especialmente nas primeiras semanas, quando os vômitos tendem a ser mais intensos. Uma abordagem de apoio e sem julgamentos é crucial para todos os envolvidos, pois essa condição é muito dolorosa e pode se tornar uma ameaça à vida. Intervenções como terapia de apoio, visitas a serviços de enfermagem e relaxamento orientado podem ser úteis. Também pode haver momentos em que sejam necessários medicamentos psicotrópicos a fim de tratar transtornos do sono, depressão ou ansiedade grave relacionada a essa condição.

- *Repouso no leito* – há várias condições cuja recomendação de tratamento envolve repouso no leito, incluindo parto prematuro, pré-eclampsia, ruptura prévia das membranas, placenta prévia e hipertensão grave. O rigor do repouso no leito pode variar da hospitalização da paciente por meses com movimentos mínimos e nenhum privilégio de banheiro a um esquema no qual ela fica em casa e pode caminhar ocasionalmente. Mais uma vez, no entanto, mesmo com restrições “mais leves”, as alterações ao estilo de vida e trabalho podem ser graves.

Algumas mulheres descreveram o repouso no leito como um tipo de prisão voluntária, tendo a cela o tamanho de uma cama. Para agravar o estresse físico, há a contínua conscientização de que, a qualquer momento, pode haver um parto precipitado, que resulte em perda ou compro-

metimento do bebê. Outras mulheres o descreveram como uma mistura de sensações de culpa e desamparo, culpando a si próprias ou a seus corpos por não ter uma gestação “normal”. Outras ainda expressaram uma sensação de serem enganadas após todos os seus esforços e devoção para se tornarem mães. Esses sentimentos costumam ser compostos quando há crianças pequenas na casa.

Quando o repouso no leito é prolongado, as demandas emocionais e físicas sobre a mãe podem parecer extremas. Nesses casos, intervenções de apoio de sua parte e da equipe serão muito importantes para a validação da experiência da mãe e para ajudá-la a “prosseguir”. Em nosso hospital, a garantia de que essas mães de repouso tenham acesso a livros, artesanato, televisão e ao telefone tornou-se parte do tratamento. A psicofarmacologia é considerada quando são incapazes de dormir ou se tornam deprimidas ou ansiosas do ponto de vista clínico. Diretrizes mais específicas para medicamentos psicotrópicos serão discutidas mais adiante neste capítulo.

- *Abuso de substâncias* – mulheres que abusam de álcool e drogas durante a gestação estão colocando em risco seu filho ainda não nascido, seja pelo efeito direto das substâncias ou pelos resultados do parto prematuro ou do baixo peso ao nascer. O uso de cocaína pode precipitar descolamento prematuro da placenta. A síndrome alcoólica fetal se caracteriza por graus variados de retardo no crescimento no pré e no pós-natal, feições dismórficas e transtornos cognitivos. A retirada abrupta de narcóticos pode precipitar o aborto.

Você será chamado com frequência para intervir com mulheres que tenham história de abuso de substâncias. Para aquelas atualmente abstinentes, mas que receiem um relapso, a meta é maximizar o apoio na comunidade e fornecer encaminhamentos adequados para tratamento. O monitoramento regular de toxicologia na urina é um aspecto essencial do cuidado pré-natal. Uma mulher que esteja em manutenção de metadona para dependência de narcóticos deve ser monitorada com regularidade pelo seu programa de metadona e pelo obstetra já que pode haver alterações nas necessidades de dosagem conforme a gestação prossegue. Os sintomas da retirada de

metadona são comuns durante o terceiro trimestre, e as pacientes, às vezes, precisam de injeções intramusculares (IM) quando os vômitos são intensos.

Para mulheres que não obtiveram sucesso na abstinência, por relato próprio ou demonstração de apresentação clínica e toxicologia na urina, as intervenções podem envolver agências externas, incluindo programas de tratamento atuais, sistema judiciário, sistema de abrigos ou serviços de proteção da criança. No Estado de Nova York, tais serviços não podem se envolver até que existam crianças na casa. Em geral, a elaboração de um relatório precisa esperar até que o bebê nasça, a menos que haja percepção de risco para irmãos mais velhos. O tratamento para drogas ambulatorial ou residencial ainda é essencialmente voluntário, a menos que a mãe apresente alguma doença mental coexistente que seja grave o suficiente para exigir hospitalização. Serviços preventivos obrigatórios ou a visita a serviços de enfermagem podem oferecer algum monitoramento e avaliação do comportamento da mãe em casa, mas ela precisa estar de acordo com essas visitas. Tenha em mente que até mesmo as mulheres que tenham sofrido recaída para o uso de drogas frequentemente expressarão preocupação pelo bebê, e podem, inclusive, solicitar tratamento por si mesmas, para ajudá-las a atingir a abstinência. Manter uma aliança é importante para promover o cuidado pré-natal e assegurar a continuidade do cuidado (e o envolvimento do serviço de proteção à criança) quando o bebê nascer.

- *Sistemas de apoio inadequados ou nocivos* – a gravidez pode aproximar os casais, que anseiam por formar uma família. No entanto, há vários fatores de estresse inerentes ao processo de reprodução, e muitos relacionamentos terminam antes mesmo da chegada do recém-nascido. Pais e mães podem ter expectativas muito diferentes, e essas diferenças podem ter um papel essencial na luta contra quaisquer complicações ou obstáculos. Por exemplo, um parceiro pode considerar um novo bebê como o selo do laço conjugal, enquanto o outro se sente isolado ou consumido pelas exigências do bebê. Às vezes, o pai do bebê fica devastado e sai de casa, ou o relacionamento

nosso centro oferece uma “caixa de lembranças” que contém roupas, fotografias e quaisquer outros itens especiais para aquele bebê ou família. O casal é frequentemente estimulado a passar algum tempo a sós e segurar o bebê ou feto, a fim de validar e tornar mais real a experiência de sua perda. Você pode ser chamado para oferecer mais apoio, em especial se houver preocupações sobre depressão pós-parto. É importante que a experiência do luto seja respeitada e normalizada para uma família que pode se sentir abalada ou envergonhada pela intensidade de suas reações.

- *Pseudociese* – este é um estado clínico relativamente raro, no qual uma mulher acredita de forma equivocada estar grávida, inclusive apresentando alguns sinais e sintomas de gravidez. Por exemplo, pode apresentar náusea, vômitos, amenorreia, aumento da circunferência abdominal, relatos de mudanças objetivas nos seios e no colo uterino. A ideia da gestação pode ser apenas uma ilusão fixa, e não costuma haver alucinações. Embora essa paciente possa não se identificar como necessitando de tratamento psiquiátrico, ela deve ser tratada com apoio, sobretudo quando é confrontada com um exame negativo para gravidez ou uma ultrassonografia negativa. Há uma contraparte masculina nessa condição, chamada *síndrome de Couvade*, na qual o homem realmente tem um tipo de “pseudociese” e pode ganhar peso durante a gestação da parceira. É raro ele admitir ter fantasias conscientes de estar grávido. Ele também pode passar por um “trabalho de parto”, incluindo dor abdominal durante as últimas fases do parto da esposa.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS DURANTE A GESTAÇÃO

Esquizofrenia

Uma variedade de estudos documentou que mulheres com esquizofrenia têm maior risco de descompensação durante e logo após a gestação. Também sabemos que mulheres psicóticas apresentam menos probabilidade de estar em conformidade com o cuidado pré-natal. O manejo hospitalar de pacientes psicóticas

Transtorno bipolar

Pacientes com transtorno bipolar enfrentam o dilema da possibilidade de episódios maníacos se interromperem o lítio e outros estabilizadores de humor. O uso do lítio durante o primeiro trimestre foi associado a malformações cardiovasculares, notavelmente a malformação de Ebstein (4 a 12%). Dados mais recentes sugeriram que essa possibilidade é mais rara do que se pensava. Pode ser detectada por ultrassonografia cardíaca durante a gestação. Se o lítio for usado, os níveis de plasma devem ser verificados, já que pode haver um aumento no índice de filtração glomerular (IFG) no terceiro trimestre que exija mais lítio. Ao contrário, no momento do parto, seriam necessárias doses reduzidas de lítio, devido a uma redução no IFG, que causa aumento nos níveis de lítio. Em pacientes nas quais se ordene uma dieta com restrição de sódio, como mulheres com pré-eclampsia e eclampsia, é necessária uma dosagem reduzida de lítio devido à elevação nos níveis de sódio, que resulta do aumento da reabsorção do lítio.

O valproato e a carbamazepina também são considerados medicamentos de primeira linha para transtornos bipolares. No entanto, ambos foram associados a um aumento na incidência de defeitos no tubo neural, incluindo espinha bífida (1 a 2%), então é melhor que sejam evitados. Esse defeito pode ser detectado por técnicas especiais de ultrassonografia, na 20ª semana.

Normalmente, recomendamos a reintrodução de medicação para estabilização do humor em uma paciente com doença bipolar que tenha acabado de dar à luz, já que há um aumento no risco de recorrência de mania ou depressão no período pós-parto.

Depressão

A prevalência de depressão moderada/grave durante a gestação é de 10 a 15%. Antidepressivos como inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e outros antidepressivos mais novos estão sendo atualmente relacionados como classe de risco “C” na gestação, o que significa que não há estudos com humanos, mas que estudos com animais demonstraram alguns

efeitos adversos. Entretanto, uma observação mais atenta da literatura atual revela que os estudos com animais utilizaram dosagens extremamente altas, e que há um aumento no número de estudos com humanos que demonstram pouco, se algum, aumento no risco ao feto no primeiro trimestre. Mais recentemente, várias questões foram levantadas: a síndrome de descontinuação de ISRSs no recém-nascido, em particular da paroxetina, o uso desta no primeiro trimestre e a associação de malformações cardiovasculares no recém-nascido; a associação de hipertensão pulmonar persistente nos recém-nascidos de mães que usam ISRSs após as 20 semanas de gestação; e o aumento no risco de parto prematuro e de uma idade gestacional inferior de mães que tenham usado antidepressivos durante a gestação. Isso resultou em alterações aos rótulos de ISRSs e da venlafaxina, com respeito ao seu uso na gestação. Comprovou-se que os medicamentos com ISRSs passam pela barreira da placenta e estão presentes no leite materno. A fluoxetina, em comparação aos outros ISRSs, é conhecida por causar níveis sanguíneos mais altos nos bebês, resultando em efeitos adversos superiores nos neonatos.

Ao deparar-se com a necessidade de tomar uma decisão clínica quanto ao uso de antidepressivos (ou qualquer outro medicamento psicotrópico) durante a gestação, sugerimos que comece pela investigação de dados recentes no Medline. É importante lembrar que o risco de recaída entre mulheres que interrompem o uso de antidepressivos durante a gravidez é alto, e a depressão durante a gestação é um dos mais fortes fatores de predição da depressão pós-parto. Avalie com cuidado o estado clínico da paciente, incluindo o potencial para suicídio e o impacto potencial sobre ela e sua família, se fosse para tentar prosseguir com a gestação sem tratamento farmacológico de sua depressão. Normalmente, isso envolve uma análise de risco-benefício. Em algumas situações, estará bastante evidente que a paciente precisa de medicação, mas, em outros casos, você e sua paciente poderão decidir fazer uma tentativa de psicoterapia sem farmacoterapia, sobretudo, e no mínimo, durante o primeiro trimestre. É evidente a necessidade de se equilibrar os efeitos do uso materno de antidepressivos e o risco de depressão pós-parto e os efeitos de evitar a psicofarmacoterapia sobre a mãe e o bebê. Se decidir pelo uso de antidepressivos, certifique-se de que a mãe e o pai deem o consentimento informado e documente-o. A te-

rapia eletroconvulsiva (TEC) tem sido usada durante a gestação sem efeitos adversos, e evita o risco dos medicamentos. Nos estágios finais da gestação, recomendamos que um obstetra fique de plantão durante a administração de TEC.

A ansiedade e o uso de hipnóticos sedativos

Algumas mulheres ficam muito ansiosas antes da ou durante a gestação.

Os benzodiazepínicos não são recomendados para uso contínuo durante o primeiro trimestre. Entretanto, podem ter uma participação, se usados esporadicamente, durante o segundo ou terceiro trimestre, para mulheres com episódios graves de pânico ou que estejam sob estresse importante, como aquelas em repouso rigoroso no leito com tocolíticos. Nesses casos, a mãe e o bebê devem ser monitorados, para prevenir a sedação excessiva do bebê (evidenciada pela diminuição da reatividade ou dos movimentos). Quando usadas em doses maiores durante as fases finais, especialmente durante o trabalho de parto, há a possibilidade da “síndrome do bebê hipotônico”, que inclui hipotonia, letargia e dificuldades na sucção. Também pode haver uma síndrome de retirada, que inclui tremores, irritabilidade e hipertonicidade. Os benzodiazepínicos também não são recomendados durante a amamentação.

Doença do vírus da imunodeficiência humana

O número de mulheres infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) está aumentando, e a maioria dessas mulheres está em idade fértil. Nos Estados Unidos, estima-se que, a cada mil, 1 ou 2 mulheres que dão à luz estão infectadas com o HIV, cerca de 5 a 7 mil mulheres por ano. Os avanços no cuidado e tratamento da gestante com HIV, particularmente o uso de terapia combinada antirretroviral eficaz, diminuiu o índice de transmissão perinatal em 1 a 2%. Em geral as transmissões, cerca de dois terços, ocorrem no final da gestação ou no momento do parto, por meio da exposição transvaginal ou transplacentária. Por isso, não há exageros ao descrever a vantagem do aconse-

lhamento pré-natal para redução de comportamentos sexuais de alto risco, assim como de encorajar as mulheres a fazer o exame para HIV o quanto antes.

O tratamento combinado atual para HIV resultou na melhora do prognóstico de pacientes com HIV, os quais hoje vivem mais. Isso resultou em mais mulheres e homens com HIV que desejam ter seus próprios filhos. Há determinadas questões que precisam ser reconhecidas nessa população especial. Em primeiro lugar, a simples contemplação da gestação é assombrada por conflitos psicológicos (p. ex., “Quero tanto ter um bebê, mas como posso, moralmente, arriscá-lo à exposição ao HIV?”). Em segundo lugar, há riscos e benefícios na terapia antirretroviral, incluindo potenciais problemas com o desenvolvimento fetal. Ao todo, há várias oportunidades para você, como psiquiatra interconsultor, intervir no cuidado psicológico de mulheres infectadas com o HIV.

ABORTO ELETIVO

Há um frequente aflorar de emoções quando se trata da questão do aborto eletivo. Mesmo quando o aborto é uma opção, a mulher sofre alguma perda, e costuma haver algum tipo de luto, que pode ou não ter curta duração. As mulheres que tenham decidido por terminar uma gravidez indesejada podem descrever uma mistura de alívio e perda conforme se confrontam com fantasias anteriores de gravidez e filhos. Às vezes, reportam receio ou sensação de perda em relação à sua integridade corporal. Aquelas que terminaram uma gestação por uma complicação médica (p. ex., determinadas condições de risco de morte da mãe ou anomalias congênitas múltiplas no feto) tendem a sofrer um luto pela criança perdida de maneira similar àquelas que sofreram aborto. Às vezes, a situação é complicada por outros fatores, como reações conflitantes da família e da equipe. Por exemplo, a equipe pode expressar preocupação e empatia pela mãe, embora, ao mesmo tempo, lute contra seus próprios sentimentos sobre a gestação e o nascimento de filhos. Quando a família está envolvida, a paciente deve lidar com as reações e valores da família, assim como os seus próprios, em um momento em que se sente bastante vulnerável.

EXEMPLO CLÍNICO: ABORTO EM UMA TESTEMUNHA DE JEOVÁ

Uma jovem testemunha de Jeová, solteira, de 16 anos, que morava com os pais e tinha um filho (de 2 anos de idade) estava certa de que jamais se deixaria envolver em uma situação na qual pudesse engravidar novamente. Estava no início de uma nova carreira profissional e vida como mãe solteira. Quando finalmente percebeu que havia engravidado do namorado, buscou vários serviços médicos a fim de abortar. Descobriu que não poderia arcar com as despesas médicas e ficou apavorada por pensar que não poderia fazer o aborto. Tentou, então, induzi-lo com um par de tesouras. Foi internada com hemoglobinas criticamente baixas por causa da hemorragia. Seus pais, e inicialmente a paciente, proibiram qualquer transfusão de sangue, com base na crença religiosa. A paciente continuava a pedir um aborto. Finalmente, depois de muita ponderação com o psiquiatra e outros profissionais de saúde mental, fez um acordo particular com o hospital, em que aceitaria a transfusão, mas somente se sua vida estivesse em perigo imediato. Foi, então, submetida a um aborto eletivo, concluído sem transfusão. O psiquiatra fez várias reuniões com a paciente, a família e a equipe de tratamento. Fortes emoções surgiram em vários membros da equipe, que precisaram ser tratadas, assim como o estado emocional da paciente e da família.

DISFORIA DO PÓS-PARTO

A maioria das novas mães (estimada entre 50 e 80%) sofrerá alterações de humor, que geralmente começam 3 a 4 dias após o parto. Durante esse período, a mulher pode se sentir ansiosa, irritável ou lacrimosa, com dificuldade para dormir. A tristeza pós-parto pode ser intercalada com períodos de bem-estar. Os sintomas podem piorar durante o período final da terceira semana e geralmente serão resolvidos, em sua maioria, até o final da segunda semana após o parto. A atenção psiquiátrica imediata e seguimento são necessários quando esses sintomas persistem por mais de duas semanas ou quando há marcos de depressão importante ou sugestões de ideação suicida ou homicida.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Os fatores de risco para a depressão pós-parto são episódios depressivos anteriores relacionados à gestação (50 a 60%),

história anterior de depressão moderada/grave (aproximadamente 30%) e de transtorno bipolar (33 a 50%), história familiar de depressão, apoio social deficiente, eventos adversos na vida, instabilidade conjugal e ambivalência em relação à gestação.

De acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quarta edição (DSM-IV), um episódio depressivo se qualifica como depressão pós-parto quando ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto. Embora as alterações hormonais, a exaustão após o parto, a privação de sono devido aos cuidados destinados ao bebê e o estresse emocional possam contribuir com os sintomas que o paciente está apresentando, você não deve minimizar os sintomas depressivos no período pós-parto. Estima-se que entre 12 e 16% de todas as mulheres sofram um episódio depressivo nesse período, e a porcentagem é quase duas vezes maior para mães adolescentes. Dê atenção especial a quaisquer sentimentos de culpa que a mãe possa ter, assim como a receios de ser uma “mãe ruim”. De maneira similar, quando há preocupações de que o bebê possa sofrer algum dano (que vá além das preocupações normais que uma nova mãe tenha), elas podem ser uma boa pista de que está lidando com uma depressão pós-parto insidiosa. Às vezes, em vez de insônia, pode haver hipersônia e, em vez de falta de apetite, a paciente pode apresentar hiperfagia, sobretudo na presença de uma condição bipolar.

Como ocorre com qualquer paciente, a ideação suicida ou homicida nesse *setting* deve ser levada a sério. Há um risco duplo para a mãe e o bebê se os sintomas estiverem presentes, e não faz sentido esperar que algum limiar de critérios seja atingido se houver preocupações sobre essa condição. A existência de um sistema de apoio e a presença de alguém para observar a mãe com o bebê e auxiliá-la ou assumir o cuidado, quando necessário, devem ser levadas em consideração nessas situações.

Tratamento de depressão pós-parto

A avaliação individual da paciente será a melhor determinação do tipo e da extensão do tratamento. Como observamos nas formas mais leves de tristeza pós-parto, apoio e monitoramento podem ser suficientes. Uma ajuda extra com o cuidado ao recém-nascido pode ser muito valiosa em todas as formas

dessas condições. O tratamento antidepressivo com psicoterapia pode ser o tratamento preferido. Pode-se indicar um ISRS em combinação com estabilizadores de humor no transtorno bipolar. (Ver o texto a seguir para uma discussão das considerações sobre quando a mãe estiver amamentando.) Nas formas mais graves de transtorno do humor pós-parto, ou quando há perigo para a paciente ou o bebê, em geral se indica a hospitalização e, às vezes, a TEC pode ser uma modalidade útil de tratamento. O tratamento agressivo da depressão pós-parto limitará a capacidade da mãe, e também pode reduzir a possibilidade de diminuição da formação de laços e a conexão entre a mãe e o bebê, o que pode afetar o desenvolvimento emocional a longo prazo do recém-nascido.

PSICOSE PÓS-PARTO

A psicose pós-parto geralmente se desenvolve nas duas primeiras semanas, se ocorrer, e pode se manifestar em até 48 horas. Acontece em cerca de 1 ou 2 em cada mil mulheres no pós-parto e precisa ser reconhecida imediatamente devido a sua tendência de agravamento rápido. Os sintomas iniciais de inquietude, irritabilidade e insônia progridem rápido para um humor depressivo ou maníaco, comportamento desorganizado, humor lábil, alucinações ou ilusões. A apresentação pode ser um episódio maníaco, que progredirá para psicose aberta, muitas vezes, com sintomas parecidos com *delirium* e confusão. A hospitalização costuma ser necessária em qualquer caso de psicose devido ao risco de suicídio ou infanticídio. Quando há psicose pós-parto, as chances de ocorrer durante uma segunda gestação, sem tratamento profilático, são de 75 a 90%.

EXEMPLO CLÍNICO: QUANDO A TRISTEZA PROGRIDE PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E INFANTICÍDIO

A paciente era uma mulher de 33 anos de idade, mãe de uma criança de 2 anos, que havia acabado de dar à luz a seu segundo filho. Segundo sua história, tinha sido tratada para depressão importante quando estava no início da segunda década de vida, mas não havia sido submetida a qualquer tratamento desde então. Imediatamente após o parto, em uma gestação sem eventos, ela sentia-se “muito triste”, o que progrediu no mês

peessoa pode fazer turnos regulares na unidade de obstetrícia e frequentar conferências de casos especiais. Também pode participar de várias atividades especializadas (relacionadas no texto subsequente), embora também seja provável que um psiquiatra se dedique a qualquer das atividades de inter-relação a seguir.

1. Consultor especial em uma unidade obstétrica de alto risco na qual as pacientes sejam hospitalizadas para várias condições que ameacem a gestação.
2. Consultor para mulheres que sofrem perda perinatal. Também envolve a direção de grupos e o trabalho com enfermeiros e outras equipes que costumam encontrar dificuldade para trabalhar nessa área.
3. Consultor em uma clínica de fertilidade. As novas e complicadas técnicas trazem vários estresses psicológicos para a mulher e seu parceiro.
4. Consultor em uma clínica de controle de natalidade/aborto. Envolve vários desafios, que frequentemente incluem abuso de substâncias e adolescentes, assim como pessoas de todos os estilos de vida.

Aspectos psiquiátricos da saúde da mulher

Conceitos essenciais

- Ao avaliar mulheres quanto à depressão, lembre-se de que a síndrome pré-menstrual (SPM), o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) e a depressão perimenopausa devem ser incluídos no diagnóstico diferencial.
- Mulheres com doença cardíaca apresentam-se de modo diferente dos homens, são tratadas de maneira distinta e têm um prognóstico pior. Pode ser necessário tornar-se o defensor de sua paciente.
- Mulheres com câncer de mama ou ginecológico têm questões específicas relativas a imagem corporal, sexualidade, feminilidade e autoestima.
- Suspeite de violência doméstica quando as lesões não forem consistentes com a explicação e a paciente for evasiva quanto às circunstâncias da lesão.

Houve um aumento de evidências na literatura sobre a importância da relação entre a endocrinologia reprodutiva e a saúde mental em mulheres. Comprovou-se que os transtornos psiquiátricos são afetados por alterações nos hormônios gonadais e nos neurotransmissores. Observou-se ainda que há exacerbações de transtornos psiquiátricos em mulheres nos períodos pré-menstrual, pós-parto e perimenopausa. Transtornos que começam na gravidez, assim como nos ciclos menstruais, sugerem que há uma participação do estrogênio e da progesterona na expressão de transtornos afetivos e psicóticos nas mulheres. Neste capítulo, focaremos as questões psicológicas durante todo o ciclo menstrual, assim como questões específicas associadas à saúde da mulher, como infertilidade, câncer, violência e abuso doméstico, abuso de substâncias e doença cardiovascular. Também abordaremos brevemente a diferença entre homens e mulheres na prevalência, no curso e na resposta ao tratamento de alguns transtornos psiquiátricos. A gestação

é abordada em um capítulo separado, enquanto os transtornos da alimentação são abordados no Capítulo 8. Embora alguns desses tópicos também sejam brevemente abordados em outros capítulos, cremos que alguns pontos precisam ser reforçados devido a sua importância.

TRANSTORNOS RELACIONADOS AO CICLO MENSTRUAL

Síndrome pré-menstrual

A síndrome pré-menstrual, ou SPM, é um grupo de sintomas de humor, comportamento e/ou físicos que ocorrem durante a fase lútea da maioria dos ciclos menstruais. Os sintomas emocionais incluem depressão, ansiedade, irritabilidade, alterações de humor e raiva. Já os sintomas comportamentais incluem transtornos do sono, ânsia por alimentos e aumento do apetite. Já os sintomas físicos incluem inchaço, sensibilidade nos seios, dores de cabeça e dores nas articulações e nos músculos. Tais sintomas devem desaparecer assim que o fluxo menstrual termina, e há um intervalo livre de sintomas de cerca de uma semana ou mais, a cada ciclo. Há evidências que sugerem que mulheres com SPM apresentam aumento no risco de desenvolver depressão importante na vida. O tratamento da SPM geralmente é feito em forma de apoio: mudanças no estilo de vida (redução de estresse, exercícios e técnicas de relaxamento), medidas de dieta (evitar a cafeína) e higiene do sono.

Todos os outros agentes, incluindo vitaminas, cálcio e diuréticos, não se mostraram consistentemente eficazes. Há estudos mais recentes, no entanto, que indicam que o estrogênio pode ser benéfico, mas são necessários mais estudos duplo-cegos controlados por placebo.

Transtorno disfórico pré-menstrual

Como a SPM, o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) também tem uma relação cíclica com a fase lútea do ciclo menstrual. De acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de trans-*

tornos mentais, quarta edição revisada (DSM-IV-TR), para que o diagnóstico seja feito, deve haver um mínimo de 5 dos 11 sintomas, um dos quais deve ser um sintoma de humor (Tab. 7.1). Além disso, eles devem interferir no trabalho, na escola e/ou nos relacionamentos, devendo ser confirmados por um gráfico diário dos sintomas, feito por dois ciclos. Esse transtorno não deve ser uma exacerbação de outro.

Pesquisas recentes demonstraram que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e os inibidores da recaptação da noradrenalina serotonina são eficazes no tratamento dos sintomas afetivos, comportamentais e físicos da TDPM. Mais recentemente, também se concluiu que a dosagem intermitente (ingestão de medicamentos apenas durante a fase lútea) é eficaz, o que será um atrativo para mulheres que não queiram usar medicamentos todos os dias.

EXEMPLO CLÍNICO: “A MULHER QUE NÃO CONSEGUIA ENTENDER”

Uma mulher de 35 anos apresentou-se a um psiquiatra em uma clínica feminina. Reclamou de labilidade, depressão e irritabilidade, que costumavam ocorrer em geral um dia antes do início de seu período menstrual. Ao mesmo tempo, observou que se sentia inchada e fatigada, e que não tinha apetite. Afirmou que chorava copiosamente com as coisas mais bobas, e não conseguia entender o motivo. A princípio, não relacionou isso ao ciclo menstrual, até que observou que acontecia todos os meses.

Tabela 7.1 Critérios de sintomas para transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM)

Depressão	Fadiga
Ansiedade	Alteração do apetite
Alterações de humor	Transtornos do sono
Irritabilidade	Sensação de devastação
Diminuição da libido	Outros sintomas físicos, como inchaço, sensibilidade nos seios

(Dados da American Psychiatric Association. *Diagnostic and statitical manual of mental disorders*, 4th ed. Text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000:771-774.)

Começou a registrar seu ciclo menstrual e as alterações de humor, conforme solicitado pelo psiquiatra. Começou a tomar efflexor e, depois de um mês, passou a se sentir melhor.

Menopausa

As alterações hormonais que ocorrem durante a menopausa (principalmente a diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona) estão associadas a episódios vasomotores conhecidos como *ondas de calor*, podendo causar ansiedade, desconforto e insônia. Em algumas mulheres, há um significado psicológico importante no fato de ter atingido esse estágio do ciclo reprodutivo, que pode resultar em sentimentos de perda e depressão. Alguns estudos demonstram que as mulheres têm maior risco de depressão durante o período da perimenopausa, o qual começa no início da transição da menopausa e vai até a mulher apresentar amenorreia por 12 meses. Embora não esteja estabelecido de modo claro, alguns clínicos e pesquisadores acreditam que a depressão nesse período é uma entidade distinta, que pode ou não estar diretamente relacionada às alterações hormonais.

A decisão de usar a terapia de reposição hormonal é complexa e um tanto controversa. Deve ser fundamentada nas pesquisas baseadas nas evidências mais recentes, assim como nos fatores de risco que a paciente possa apresentar para doenças cardiovasculares e vários tipos de câncer. Além disso, o uso de ISRSs e de outros antidepressivos deve ser considerado para o tratamento de mulheres na menopausa com sintomas depressivos de significância clínica. Estudos recentes demonstraram que mulheres na pós-menopausa com depressão e sintomas vasomotores apresentam melhora significativa em relação a depressão, sintomas vasomotores, sono, ansiedade e dor após o tratamento com ISRS. Se houver questões psicológicas significativas perto dessa fase da vida, várias formas de psicoterapia, incluindo terapias orientadas cognitivas e de *insight*, podem ser eficazes, com ou sem psicofarmacologia.

Como psiquiatra de interconsulta, você poderá encontrar pacientes com transtornos relacionados ao ciclo menstrual durante o curso da avaliação de mulheres no *setting* de hospitais gerais ou em clínicas femininas ambulatoriais, como clínicas gi-

necológicas. É importante considerar a SPM e a TDPM na avaliação diferencial de depressão.

INFERTILIDADE

A infertilidade é definida como a incapacidade de conceber depois de um ano de relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos. Embora tanto homens quanto mulheres possam ser inférteis, no passado as mulheres inférteis eram associadas a algum tipo de psicopatologia. Enfatizou-se menos isso, conforme os tratamentos para infertilidade tornaram-se disponíveis. Entre as causas de infertilidade estão distúrbios de ovulação, anormalidades no sêmen, danos nas tubas, depressão e transtornos da alimentação. Há medicamentos capazes de criar sintomas psiquiátricos, como depressão, alterações de humor e até psicose. As interações medicamentosas também precisam ser consideradas. Se os medicamentos não funcionarem, a outra opção são as tecnologias de reprodução assistida. Estas incluem fertilização *in vitro*, injeção intracitoplásmica de espermatozoides e maternidade ou paternidade por terceiros (substituição tradicional ou gestação por substituição).

Existem preocupações éticas e questões emocionais que podem complicar a situação, nas quais um psiquiatra interconsultor pode representar um papel. Você também pode ser útil apoiando a equipe multidisciplinar ou uma equipe de fertilidade que possa considerar o trabalho emocionalmente desgastante devido à falta de sucesso em questões legais, éticas e de gestação.

DOENÇA CARDÍACA

Mulheres com doença cardíaca são diferentes dos homens de várias maneiras. Alguns dos fatores de risco, como obesidade, diabetes e tabagismo (especialmente com uso de contraceptivos orais), causam mais risco em mulheres, da mesma forma que níveis elevados de triglicérides e de HDL – colesterol. Em termos de apresentação, elas reclamam com maior frequência de dor atípica e têm maior probabilidade de sofrer falta de ar, palpitações, fadiga e náusea do que os homens. Além disso, as mulheres

podem não apresentar ondas Q em seu ECG durante um infarto do miocárdio. Em termos de tratamento, apresentam menor probabilidade de receber medicamentos ou recomendação de cateterização do que os homens. O prognóstico para as mulheres com doença cardíaca também é pior do que o prognóstico dos homens. Isso ocorre porque elas são mais velhas e apresentam mais complicações, como diabetes, hipertensão ou hiperlipidemia. Os médicos também demoram a realizar o diagnóstico e o tratamento de mulheres com distúrbios cardíacos. Frequentemente, a atribuição dos sintomas a ansiedade, depressão e somatização interferem no diagnóstico.

No entanto, são necessários mais estudos para examinar por que isso acontece. Como psiquiatra interconsultor, provavelmente pedirão que você consulte essas pacientes na unidade hospitalar, então é importante assegurar que não passe despercebido o diagnóstico de um evento cardíaco real.

EXEMPLO CLÍNICO: “A MULHER NO PRONTO-SOCORRO”

Uma mulher de 50 anos apresentou-se no pronto-socorro reclamando de dor nos braços e nas costas e também de falta de ar. O eletrocardiograma (ECG) e a radiografia do tórax estavam dentro dos limites normais. O médico solicitou uma consulta psiquiátrica devido à sua ansiedade. Ela foi consultada e avaliada. Embora estivesse ansiosa devido a sua condição atual, ela não apresentava história de ansiedade. Quando a avaliação foi concluída, as enzimas cardíacas tornaram-se novamente elevadas. A paciente foi tratada para um evento miocárdico agudo.

AS MULHERES E O CÂNCER

Os cânceres ginecológicos têm breve abordagem no Capítulo 3. Neste capítulo, gostaríamos de abordar especificamente os diversos tipos de câncer ginecológico.

Câncer endometrial

O fator de risco mais comum para esse câncer é a exposição ao estrogênio. É interessante observar que a maioria (70%)

das mulheres com câncer endometrial está na pós-menopausa. Embora as mulheres com esse tipo de câncer tenham um prognóstico melhor, ainda há questões psicológicas significativas que lhes são desafiadoras. A perda do útero, que é o símbolo de sua identidade como mulher, pode afetar o sentido do *self* da mulher. A disfunção sexual é uma complicação que pode não ser apenas fisiológica, mas também de origem psicológica.

Câncer cervical

Embora a mortalidade desse tipo de câncer tenha diminuído bastante devido ao aumento no número de mulheres submetidas a rastreamentos anuais com o teste de papanicolau, ainda há mulheres, sobretudo aquelas que tenham sofrido trauma sexual, que absolutamente recusam o exame. Não se trata apenas do medo de ter câncer, mas também das lembranças/*flashbacks* que possam ser precipitadas pelo procedimento que as impedem de fazer o exame. Como ocorre com outras formas de câncer ginecológico, a imagem corporal, a sexualidade e a autoestima são preocupações psicológicas nesse grupo. Além disso, como esse câncer afeta mais mulheres em idade fértil, elas lutam contra a possibilidade de perder a capacidade de ter filhos. As diversas modalidades de tratamento (quimioterapia, cirurgia e radioterapia) têm efeitos colaterais que resultam em disfunção sexual que, para algumas, perdura por até cinco anos após o tratamento.

Câncer no ovário

De todos os cânceres ginecológicos, o câncer no ovário é o líder em mortes. A ausência de sintomas precoces ou exames de rastreamento que nos alertem para a presença dessa doença é um problema. Quando diagnosticada, ela já está em estágio avançado. Por isso, mulheres com câncer ovariano apresentam maior nível de desconforto em comparação com outros cânceres. Além da mortalidade esperada, as mulheres com esse câncer normalmente apresentam recorrências e complicações. Similar a outros cânceres ginecológicos, as mulheres com câncer ovariano costumam sofrer disfunção sexual com o tratamento.

Câncer de mama

Com o aumento dos rastreamentos por mamografia e os avanços das pesquisas e do tratamento, cada vez mais mulheres sobrevivem ao câncer de mama, e agora mais do que nunca. A reconstrução da mama com implantes feita imediatamente após a cirurgia ajuda a lidar com questões de autoestima e imagem corporal, as quais as mulheres submetidas a mastectomias bilaterais radicais costumam sofrer. Com a emergência dos testes genéticos, mulheres com história familiar de câncer de mama às vezes optam por uma mastectomia bilateral com reconstrução, mesmo quando não apresentam qualquer evidência da presença de câncer. Uma das etapas importantes na avaliação pré-operatória de pacientes submetidas a mastectomia profilática é uma liberação psiquiátrica.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Embora a violência doméstica tenha sido brevemente abordada no Capítulo 6, você pode encontrar esse problema em unidades clínico-cirúrgicas e no pronto-socorro. A violência doméstica envolve um comportamento agressivo ou coercivo contra um parceiro íntimo, que pode ser uma ameaça, ataque físico, sexual ou econômico. As vítimas de violência doméstica em geral não referem esse assunto por medo de mais violência ou por vergonha. Podem solicitar que você determine se existe violência doméstica ou, quando houver suspeita, podem lhe solicitar que intervenha. Determinados sinais devem alertá-lo para a possibilidade de que a paciente seja uma vítima: se as lesões não forem consistentes com a causa reportada, se houver múltiplas lesões em diversos estágios de cicatrização, se houver lesões em gestantes e evasividade quanto ao modo com que a lesão ocorreu. A presença de ansiedade, depressão, suicidalidade, abuso de álcool/drogas e a presença de um parceiro que pareça excessivamente preocupado ou controlador também são sinais de alerta para a possibilidade de violência doméstica. Sua preocupação primária deve ser a segurança da paciente. Isso deve ser acompanhado por uma abordagem multidisciplinar, baseada em confidencialidade, co-

municação e coordenação. O encaminhamento para abrigos ou situações alternativas de habitação e processos legais como sentenças preliminares, aconselhamento e advogados de violência doméstica é muito importante.

EXEMPLO CLÍNICO: “PERSISTÊNCIA NO DIAGNÓSTICO DO ABUSO DOMÉSTICO”

Uma mulher de 25 anos foi internada para reparo cirúrgico de uma fratura no úmero direito. O cirurgião observou que o relato da paciente não parecia explicar a lesão e suspeitou de violência doméstica. Ele pediu que a psiquiatra a atendesse. Ela estava deitada na cama do hospital com um gesso, e seu marido estava sentado ao seu lado. Ele se recusou a sair do quarto para permitir que a psiquiatra atendesse a paciente a sós, e esta disse à médica que queria que ele permanecesse no quarto durante a entrevista. A psiquiatra atendeu a paciente brevemente e saiu. Retornou mais tarde, depois do horário de visitas e, após uma longa conversa, ela admitiu o abuso. A médica, então, deu início ao processo de mantê-la em segurança e fazer com que a assistente social fizesse os arranjos para uma situação alternativa de moradia após a alta.

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS EM MULHERES

Há uma probabilidade muito menor de as mulheres relatarem abuso de substâncias, em comparação com os homens. É provável que isso se deva a estigmas e estereótipos sociais. Mulheres que abusam de álcool e outras substâncias frequentemente apresentam problemas gástricos, insônia e outros sintomas físicos. Podem ter depressão e ansiedade e usar as substâncias para lidar com essas questões.

No entanto, quando comparadas aos homens, podem ser mais sensíveis aos efeitos tóxicos do álcool e de outras substâncias (i.e., sofrem um efeito mais tóxico com a mesma dosagem usada pelos homens) e desenvolver dependência com mais facilidade do que eles. Como apresentam menor probabilidade de fornecer informações de forma voluntária sobre o uso de substâncias, é importante fazer as perguntas de maneira que não haja confronto. Os fatores de risco para uso de álcool e substâncias

em mulheres podem variar ao longo da vida. No início da idade adulta, podem combinar o álcool com substâncias ilícitas e começar a beber em demasia. Mulheres de meia-idade costumam beber em casa, quando estão sozinhas, e podem abusar de substâncias psicoativas prescritas ou combinar álcool e tranquilizantes, enquanto mulheres mais velhas apresentam maior probabilidade de abusar de medicamentos prescritos do que de álcool.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: A DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS

A probabilidade de as mulheres atenderem aos critérios de diversos transtornos de ansiedade durante a vida é muito maior do que as dos homens. Há diferenças significativas entre os sexos no início e no decorrer clínico dos transtornos de ansiedade. Há uma diferença na manifestação de transtornos bipolares em mulheres *versus* homens. Elas apresentam maior probabilidade de apresentá-lo em uma idade tardia, e o padrão sazonal é mais comum em mulheres. Além disso, elas sofrem mais episódios depressivos e têm maior probabilidade de apresentar ciclos rápidos. Os transtornos por uso de substâncias são mais comuns em homens, enquanto a comorbidade clínica e os transtornos de ansiedade e da alimentação são mais comuns em mulheres.

Entretanto, não há uma diferença notável entre os sexos na resposta do tratamento, embora as mulheres tenham maior probabilidade de sofrer efeitos colaterais, como ganho de peso e hipotireoidismo com lítio e síndrome do ovário policístico com ácido valproico.

OPORTUNIDADES DE INTER-RELAÇÃO

1. Trabalhar como um psiquiatra em serviço de saúde da mulher.
2. Participar como membro de uma equipe multidisciplinar de fertilidade.
3. Fazer a interconsulta psiquiátrica em uma clínica de ginecologia ou em uma equipe de tratamento hospitalar.

4. Fazer a interconsulta psiquiátrica em uma clínica de câncer de mama ou em uma equipe de tratamento hospitalar.
5. Formar um grupo de apoio para mulheres com câncer em uma unidade/clínica.

Conceitos essenciais

- Múltiplos fatores contribuem para a úlcera péptica, além de um estado específico de personalidade.
- A dificuldade para engolir, com um nó na garganta, é típica de sintomas de ansiedade, embora existam outras causas possíveis.
- Pacientes com síndrome do colo irritável (SCI) costumam ter motilidade anormal e colo histologicamente normal, que com frequência são influenciados por fatores psicológicos.
- Pacientes com doença inflamatória do intestino (DII) apresentam lesões inflamatórias diagnosticáveis no trato gastrintestinal (GI), que podem exigir tratamento clínico-cirúrgico intensivo e podem apresentar comorbidade psiquiátrica.
- O câncer pancreático pode se apresentar com depressão e ansiedade antes do diagnóstico.
- Os índices de mortalidade dos transtornos da alimentação podem chegar a 15 a 20%.
- Pacientes com anorexia nervosa têm muito medo de engordar, embora possam estar bastante abaixo do peso.
- Indivíduos com bulimia nervosa costumam se engajar em comportamentos compensatórios de voracidade alimentar, provocando vômitos ou usando enemas, laxantes ou excesso de exercícios, que podem ser nocivos à sua saúde.

O intestino e sua relação com as emoções têm sido um foco de interesse desde os primeiros anos da medicina psicossomática. Algumas das pesquisas mais fascinantes nessa área foram feitas com pacientes que apresentavam fístulas gástricas. As fístulas permitem a visualização direta das partes do trato GI. A ressecção e a motilidade gástricas demonstraram serem influenciadas pelo estado emocional do paciente.

Neste capítulo, focamos a variedade de situações clínicas que provavelmente você encontrará entre os pacientes hospitalares, todas envolvendo o intestino. Em alguns casos, a patologia

GI causa sofrimento psicológico (como na doença inflamatória do intestino); em outros casos, um problema psiquiátrico causa distúrbios no trato GI (p. ex., os transtornos da alimentação). Ainda em outras situações, a relação entre a mente e o intestino é provavelmente uma via de duas mãos (como na úlcera péptica e SCI).

ÚLCERA PÉPTICA

Embora a primeira teoria psicanalítica tenha sugerido uma conexão entre a úlcera péptica e conflitos de dependência, sabemos agora que a bactéria *Helicobacter pylori* é uma causa primária dessas úlceras e de outras erosões gástricas. Não obstante, uma variedade de fatores de mediação psicológica, como uso de álcool e tabaco, também está associada a lesões erosivas. Além disso, o estresse fisiopsicológico extremo, o suporte social deficiente e a incapacidade de expressar emoções (conhecida como alexitimia) foram identificados como fatores de risco em potencial para o desenvolvimento de lesões gástricas e duodenais. Você também deve estar ciente de que alguns dos medicamentos usados para tratar a úlcera péptica, especialmente os antagonistas do receptor de H_2 , como cimetidina, ranitidina e famotidina, podem causar *delirium* e/ou depressão.

DISPEPSIA FUNCIONAL

Os médicos do cuidado primário com frequência encaminham para você pacientes com diagnóstico de “dispepsia funcional (sem úlcera)”, caracterizada por dor abdominal superior recorrente durante pelo menos três meses, sem evidências subjetivas de quaisquer lesões. Essa dispepsia pode ser sintomática de depressão, transtornos de ansiedade ou, mais raramente, transtornos psicóticos.

DIFICULDADES PARA ENGOLIR E DISFUNÇÕES ESOFÁGICAS

Muitas vezes, você terá de avaliar um paciente que reclama de dificuldade para engolir quando já se determinou que não há lesão orgânica. A reclamação típica é que há um “nó na gargan-

ta”. Esse sintoma, conhecido como *globus hystericus* nas primeiras literaturas psicanalíticas, costuma ser uma característica de transtorno de somatização ou transtorno do pânico, e pode ser tratado eficazmente com ansiolíticos ou psicoterapia.

SÍNDROME DO COLO IRRITÁVEL

A SCI é primariamente um transtorno da motilidade do colo. Os pacientes com essa síndrome apresentam alterações nos hábitos intestinais, com ou sem dor abdominal, e o colo com características histológicas normais. Embora a SCI possa ter uma base orgânica, a prevalência e incidência dessa síndrome estão fortemente associadas à presença de estresse. Também há evidências de disfunção do receptor alfa-adrenérgico central nessa condição. Portanto, não é surpreendente que vários estudos tenham sugerido que o estresse psicológico piore os sintomas do colo irritável. Concluiu-se que os pacientes com SCI que buscam tratamento apresentam um índice superior de determinadas condições psiquiátricas, como transtornos de ansiedade ou depressivos. Vários pacientes podem citar um evento estressante que precedeu o início de seus sintomas. Vale observar que esses indivíduos costumam ter um prejuízo psicológico maior do que os pacientes com DII, conforme descrito no texto a seguir.

DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO

A enterite regional, conhecida como *doença de Crohn* (DC), que envolve o intestino delgado, e a colite ulcerativa (CU), que envolve o colo, compõem essa condição conhecida como DII.

Em contraste com a SCI, os dois transtornos relacionados a DII apresentam lesões inflamatórias diagnosticáveis no trato GI. Os pacientes podem desenvolver anormalidades acentuadas no equilíbrio de fluidos e eletrólitos, como resultado de diarreia. Além disso, a perda de sangue e a má absorção de nutrientes causam anemia. Os indivíduos com DII em geral precisam de tratamentos estressantes, que podem incluir múltiplas cirurgias, colostomias, tratamento com esteroides e nutrição artificial. Essas condições podem causar *delirium*. Como resultado dos efeitos

da doença e de seu tratamento, eles podem ter sintomas psicológicos significativos e prejuízo da função social. Pode-se observar a variedade total de sintomas relacionados aos esteroides, que incluem psicose por esteroides, *delirium* e depressão. Ademais, esses pacientes também podem manifestar transtornos psiquiátricos comórbidos, que podem ou não estar relacionados a DII. Esses transtornos, particularmente quando envolvem dor ou outros sintomas de somatização, podem alterar a percepção da gravidade da doença em alguns pacientes. Isso pode resultar em tratamentos agressivos e desnecessários.

Há algumas sugestões na literatura de que há diferenças de personalidade entre os pacientes com DC e aqueles com CU. Parece que os primeiros têm maior probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos durante a vida do que os últimos. Essa associação é mais modesta do que as de SCI.

DOENÇA HEPÁTICA

Como psiquiatra de interconsulta, você deve sempre olhar bem nos olhos de seus pacientes; portanto, não deverá deixar passar a esclera ictérica. Ocasionalmente, os psiquiatras são os primeiros a perceber a presença de doença hepática.

Essa doença pode afetar o funcionamento psicológico de várias maneiras, tanto de forma direta quanto indireta. Várias complicações dessa doença, como miopatia, fraturas, diarreia, incontinência, hipoglicemia e outras, levam a uma morbidade psiquiátrica significativa, como depressão e ansiedade. Considere também os efeitos da doença hepática na função sexual e nos padrões do sono. Os pacientes com doença hepática também têm problemas para tolerar medicamentos psicotrópicos.

Transplante de fígado

Atualmente, o transplante de fígado se tornou mais comum para pacientes com doença alcoólica hepática e outras causas, apresentando muitas considerações psiquiátricas. Há uma discordância quanto a se o transplante deve ser oferecido a alcoolistas que não tenham tido um período significativo de abstinência.

Antes do transplante, podem solicitar-lhe que avalie os pacientes quanto à existência de contraindicação psiquiátrica para o transplante. É preciso avaliar as chances de recaída do alcoolismo, a qualidade da rede de apoio social do paciente, qualquer uso ativo de substância e a história de adesão às recomendações do tratamento. Embora a presença de transtornos psiquiátricos não desqualifique de imediato uma pessoa para transplante de fígado, é importante poder avaliar o estado corrente do transtorno do paciente. Hoje, está disponível o transplante parcial de fígado de doadores vivos, o que traz questões psicológicas comuns relacionadas à doação de órgãos. Além disso, lembre-se de que as síndromes neuropsiquiátricas, especialmente *delirium* e efeitos neurotóxicos dos medicamentos antirrejeição, são comuns em pacientes de transplantes.

Hepatite

O rastreamento de hepatite é rotina durante a maioria das internações. A hepatite C normalmente é associada ao abuso de substâncias intravenosas (IV) ou à transmissão sexual, enquanto a hepatite A é contraída por via fecal-oral, em geral ao se ingerir alimentos contaminados. Pode-se concluir, de forma equivocada, que os pacientes com esse tipo de hepatite abusem de substâncias, o que pode criar mais estresse psicológico. Como qualquer uma das formas pode progredir para uma doença que represente um risco à vida, em pacientes jovens, a possibilidade de um transplante de fígado se torna com frequência uma consideração. A hepatite também deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes que apresentam fadiga persistente, o que pode incluir indivíduos diagnosticados com depressão. A infecção por hepatite C progride muito lentamente, de maneira que, muitas vezes, depois de permanecer assintomático durante 20 anos ou mais, os pacientes recebem a notícia de que seu fígado está falhando. Uma estimativa feita em 2004 diz haver 4,1 milhões de norte-americanos com hepatite, ocorrendo 26 mil novas infecções por ano. É importante observar que, no tratamento da hepatite C, o peginterferon e a ribavirina causam depressão, tendência suicida, irritabilidade e mania. Muitas vezes, antes que os especialistas em doenças infecciosas ou gastroenterologia iniciem o interferon, é solicitada uma liberação

psiquiátrica para pacientes com história psiquiátrica. Isso não significa que esses indivíduos não sejam elegíveis para o tratamento, mas que devem ser monitorados regularmente quanto à possibilidade de emergência de efeitos colaterais psiquiátricos.

Porfíria intermitente aguda

A porfíria intermitente aguda é uma condição autossômica dominante causada por um defeito do gene deaminase, localizado no cromossomo 11. Isto resulta em acúmulo e armazenamento de porfobilinogênio. O diagnóstico é feito pela detecção do excesso dessa substância na urina durante um episódio agudo. Os exames entre os episódios podem ser inconclusivos. Os sintomas típicos consistem em dor abdominal aguda, vômitos, constipação grave, dor nas costas e nas pernas, convulsões e *status* epiléticos, assim como neuropatia periférica motora com fraqueza, entorpecimento e parestesias. A doença pode progredir para a síndrome de Guillain-Barré. O *delirium* é a manifestação neuropsiquiátrica mais comum. Os demais sintomas psiquiátricos incluem depressão e outras manifestações psicóticas. Essa é uma doença rara, mas pertence ao diagnóstico diferencial da dor abdominal. Como com frequência não se tem diagnóstico nos exames iniciais, você pode ter uma oportunidade de fazê-lo enquanto avalia os pacientes para a chamada dor funcional.

Doença de Wilson

A doença de Wilson é um raro transtorno autossômico recessivo do transporte de cobre, que se apresenta com sintomas neuropsiquiátricos e hepáticos. Os pacientes podem apresentar dor abdominal, tremores, distonia, ataxia, doença hepática, anemia hemolítica e anel de Kayser-Fleisher nos olhos, além de alterações de personalidade, manifestações psicóticas e demência. Embora seja rara, deve fazer parte do diagnóstico diferencial em pacientes com o aparecimento de sintomas psiquiátricos e doença hepática. O tratamento envolve o uso de agentes quelantes para toxicidade de cobre, enquanto os sintomas psiquiátricos são tratados sintomaticamente.

CÂNCER PANCREÁTICO

O câncer do pâncreas com frequência é fatal, e menos de um terço dos pacientes com esse tipo de câncer apresenta uma condição operável. Ademais, aparentemente as pessoas com essa condição costumam apresentar depressão e ansiedade antes de serem diagnosticadas. Devido ao prognóstico ruim e à natureza debilitante da doença, os pacientes muitas vezes ficam deprimidos quando recebem o diagnóstico. A terapia individual de curto prazo, geralmente do tipo de apoio ou técnicas de terapia em grupo, pode ser oferecida a pacientes com qualquer tipo de câncer, podendo ser útil para aqueles que se sintam devastados com o diagnóstico de câncer pancreático.

TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO

O tratamento de vários transtornos da alimentação geralmente ocorre em unidades que utilizam técnicas especializadas. Entretanto, você com frequência será chamado ao *setting* clínico-cirúrgico para ajudar no diagnóstico desses pacientes, o que pode ser difícil, já que o paciente pode negar ou minimizar a anormalidade de seu padrão alimentar. Essa é uma tarefa séria, pois alguns estudos de longo prazo revelam índices de mortalidade de até 15 a 20%. A seguir, há uma breve revisão dos vários tipos de transtornos da alimentação comuns.

- *Anorexia nervosa* – é mais comum ser diagnosticada em mulheres jovens (em geral, com aparecimento nos primeiros anos da adolescência), com prevalência estimada entre 0,3 e 0,8%. Essa condição, caracterizada pela recusa em manter, ou acima deste, peso corporal normal mínimo, para a idade e a altura, é definida como um peso abaixo de 85% do peso esperado. Não é incomum que a aparência facial não mostre a aparência muito magra e, às vezes, emaciada das outras partes do corpo, que a paciente tentará esconder. Uma característica comum é a interrupção do período menstrual, tendo a paciente pouca ou nenhuma preocupação com isso. Uma história do padrão alimentar anormal da família pode ser útil para fazer o diagnóstico. No tipo restritivo de anorexia,

a perda de peso é obtida apenas por meio de uma dieta rigorosa, enquanto no tipo de compulsão por comer/vomitar, a paciente tem o comportamento de comer/vomitar compulsivo, com autoindução de vômito ou mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas.

- *Bulimia nervosa* – esse tipo de transtorno tem uma prevalência estimada de cerca de 1 a 5%. Também é muito mais comum em mulheres, aparecendo na adolescência ou no começo da vida adulta. É caracterizada pela ingestão de uma quantidade de alimentos maior do que a normal em um período de duas horas e pela sensação de perda de controle durante esse episódio. Também há comportamento compensatório inadequado, como vômito autoinduzido, mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, enemas ou excesso de exercícios.

As duas condições podem ser muito mais prevalentes do que as que já se observou, e podem existir, na verdade, em um estado subclínico ou podem não chamar a atenção de psiquiatras, a menos que a paciente seja hospitalizada por outra condição e surja uma preocupação quanto ao seu peso ou o padrão alimentar. Você deve estar alerta para essa condição em pessoas que possam estar sob uma pressão incomum para fazer dieta, como atrizes, modelos, dançarinas e, até mesmo, qualquer mulher jovem, quando houver uma psicodinâmica que a leve nessa direção. Existe uma alta comorbidade com depressão, transtornos por abuso de substâncias e uma variedade de transtornos da personalidade.

Vômitos crônicos podem causar graves problemas dentários, enquanto qualquer comportamento compulsivo pode levar a desequilíbrios de eletrólitos, que podem representar um risco à vida. A desnutrição também pode ser fatal, sendo possível morte por fome se não forem feitas intervenções apropriadas. Você pode usar uma forma de terapia comportamental que envolve negociar com a paciente um ganho determinado de peso a fim de ser interrompido o tratamento IV ou parental e, então, alta hospitalar. Isso é obviamente uma saída rápida, que não resolverá os problemas que resultaram na hospitalização. A principal meta será a paciente aceitar um programa de tratamento especializado de longo prazo, que pode ser feito em base ambulatorial ou hospitalar.

EXEMPLO CLÍNICO: TRANSTORNO DA ALIMENTAÇÃO OMITIDO

Uma paciente de 32 anos havia sido internada no serviço de neurologia devido a enxaqueca grave e vômitos prolongados. Depois de receber fluidos e medicação IV para a enxaqueca, seus sintomas melhoraram no geral, mas observou-se que ela estava bastante deprimida e que seu apetite diminuía, com perda de peso entre 2,2 a 4,5 kg nos últimos três meses. Ela admitiu ter sentimentos de depressão relacionados a um recente rompimento com o namorado, há quatro meses. Havia feito psicoterapia com interrupções com uma assistente social durante os últimos cinco anos, negando ter manifestado comportamentos suicidas. Devido à depressão, no dia em que a alta estava planejada, solicitou-se uma consulta psiquiátrica.

Ao entrar no quarto da paciente, ela estava se alimentando; em seguida, empurrou uma bandeja cheia de comida e disse que já havia terminado. Bebericou uma grande garrafa de água durante toda a entrevista. Ela reclamava de um hematoma no local de uma IV que havia sido removida recentemente. O consultor aproveitou a oportunidade para observá-lo e verificar se havia sensibilidade, e não havia. No entanto, era evidente que seus braços estavam extremamente finos em relação ao rosto, que tinha aparência normal. Ela tinha 1,58 m de altura, e seu peso fora registrado em 45 kg. Na realidade, havia alguns pequenos cortes na mão esquerda, perto dos nós dos dedos, não diferentes daqueles apresentados em mulheres que induzem o vômito. A paciente negou ter problemas alimentares e afirmou que, no máximo, achava que estava muito pesada. Também relatou que se exercitava vigorosamente durante algumas horas à noite, e que era uma corredora. Compartilhou sua história: a de uma família muito tumultuada e sua própria história de vários relacionamentos fracassados.

A paciente se mostrou pronta para encontrar um novo psicoterapeuta e foi encaminhada ao terapeuta ambulatorial com experiência em transtornos da alimentação, o que se acreditava ser o caso da paciente. O diagnóstico de anorexia nervosa com alimentação e vômitos compulsivos foi confirmado após alguns meses de tratamento ambulatorial. Além da psicoterapia ambulatorial, a paciente concordou em se inscrever em um grupo para mulheres com transtornos da alimentação. Desde então, há seis meses não tem crises de enxaqueca.

- *Obesidade* – de acordo com sua definição técnica, “obesidade” corresponde ao índice de massa corporal (peso [kg]/altura² [m²]) acima de 30 ou ao peso corporal, segundo os gráficos de padrão atuais, pelo menos 20% acima do limite máximo para a altura. No *setting* hospitalar, você verá situações de obesidade grave, com pesos variando, às vezes, na faixa de 130 a 230 kg (ou mais), chamada *obesidade mórbida*.

Problemas metabólicos e endocrinológicos fundamentais, tumores cerebrais e outros transtornos são excluídos inicialmente como fatores etiológicos. Embora esteja estabelecido que há fortes determinantes genéticos para a obesidade, também há importantes influências culturais e psicossociais.

Os pacientes com problemas de obesidade em geral são tratados por mais de um especialista. É muito importante trabalhar com um nutricionista que possa revisar a dieta e os hábitos alimentares do paciente. É útil explorar os fatores psicossociais relacionados aos hábitos alimentares e as maneiras para lidar com eles. Em geral, isso pode ser feito em programas especiais, como “Vigilantes do peso”. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) costuma ser particularmente direcionada ao trabalho com pacientes que sofrem de problemas de obesidade. Assim como ocorre com a anorexia e a bulimia nervosa, os indivíduos com obesidade grave costumam apresentar imagem corporal distorcida e distorção da compreensão de alimentação, nutrição, peso e assuntos relacionados a estar acima do peso ou “gordo”. O tratamento com TCC é mais adequado para ajudar o paciente a reestruturar seu pensamento sobre essas questões. A terapia psicodinâmica individual pode ser útil com alguns pacientes que estejam enfrentando questões de dependência, autoestima e problemas de relacionamento. Em nossa experiência, esses pacientes costumam usar sua obesidade extrema para evitar relações sexuais. Técnicas de terapia de grupo especializada costumam ser uma parte importante do plano de tratamento. Os antidepressivos mais novos, em especial os inibidores da recaptação da serotonina, mostraram-se úteis para o tratamento de transtornos da alimentação compulsivo-periódica.

Normalmente, quando for chamado para avaliar um paciente obeso, haverá sequelas médicas significativas. Pode haver

planos para tentar técnicas cirúrgicas especiais para se atingir a redução do peso após outros esforços já terem falhado. Um dos procedimentos utilizados é uma derivação gástrica em y de Roux, na qual uma linha de grampos é usada para criar uma pequena bolsa na parte superior do estômago, que então é anexada ao jejuno. Isso resulta em uma derivação da maior parte do estômago e do duodeno. O paciente deve compreender que esse procedimento reduz radicalmente a quantidade de alimento que pode ser ingerida de uma só vez sem que se sinta muito mal. Além disso, há menos área para que os nutrientes sejam absorvidos. Esses pacientes correm o risco de desenvolver uma “síndrome de *dumping*”, quando se tornam menos tolerantes a determinados alimentos que entram no intestino delgado de forma muito rápida, podendo ter náusea, desmaios e diarreia se a dieta não for alterada.

Procedimentos cirúrgicos importantes geralmente não são recomendados como tratamentos estéticos, mas podem salvar a vida de pacientes que sofrem de obesidade mórbida descontrolada. A lipoaspiração é uma técnica estética comum para obesidade abdominal. Como ocorre com outros tipos de cirurgia estética, as grandes expectativas quanto ao procedimento em si ou como podem mudar a vida dos pacientes podem resultar em depressão e exacerbação de transtornos psiquiátricos preexistentes. A psicoterapia pode ser útil para pacientes com esses problemas, os quais realmente precisam estar motivados para as consultas e o tratamento.

Concluimos que pacientes com obesidade mórbida, quando consultados no hospital, podem apresentar um problema de manejo que pode envolver a equipe e o paciente.

EXEMPLO CLÍNICO: UM PESO MUITO ALTO EXIGE UM ESFORÇO MUITO GRANDE DA EQUIPE

Um paciente de 47 anos com diabetes melito e obesidade mórbida foi internado por episódios de desmaios. Cerca de dois anos antes da internação, ele pesava 204 kg, mas acreditava-se que havia ganho peso considerável desde então. As balanças e a logística tornavam difícil pesá-lo. Ele havia se casado quatro vezes e tinha 10 filhos. Sua namorada atual, que também era bastante obesa, não podia visitá-lo porque estava na casa deles, que ficava a três horas de carro do hospital. O paciente havia sido músico, mas não trabalhava há vários anos. Fora tratado com

lítio para uma condição bipolar alguns anos antes, mas não seguiu o tratamento. Há dois anos, raramente saía de casa e, nos últimos seis meses, não havia saído da cama. Ele não apresentava evidências de psicose aparente. Era provocante e sedutor com as mulheres da equipe e, sobretudo, com as estudantes de medicina designadas para cuidar dele. Flertava, e a equipe acreditava que ele estava se expondo para elas, embora negasse tal comportamento. Para complicar ainda mais as coisas, mal podia caminhar ou se movimentar devido à sua obesidade, e ficava a maior parte do tempo sobre duas camas unidas, ocupando um quarto duplo.

Para controlar melhor a situação, o paciente era consultado quase todos os dias pelo psiquiatra interconsultor. A equipe de interconsulta fez uma série de reuniões com a equipe assistencial, nas quais várias observações e reclamações eram feitas sobre o paciente. Durante algumas reuniões, comentou-se sobre sua reação ao programa de dieta que estava sendo desenvolvido para ele pelo nutricionista. O diabetólogo desenvolveu um plano de monitoramento para os níveis de glicose do paciente e manejo da insulina adequado, e finalmente estabilizou alguns dos sintomas agudos. Havia bastante discussão e interação nas reuniões sobre a reação da equipe ao comportamento provocativo e sedutor do paciente. Enquanto alguns membros da equipe ficavam muito bravos e rejeitavam o paciente e o queriam fora do hospital, outros eram solidários a ele e o viam como muito vulnerável, infantil e assustado. Havia uma estudante de medicina em particular que inicialmente passara bastante tempo conversando com o paciente, tendo, no entanto, se afastado quando ele se mostrou sedutor. Ela estava interessada em aproximar-se dele mais uma vez de modo terapêutico. Estabeleceu sessões supervisionadas com um membro da equipe de interconsulta e voltou a vê-lo quase diariamente, o que foi muito útil para obter a cooperação do paciente para vários procedimentos e fazer com que aceitasse algumas das limitações da dieta. Ela passou o paciente para duas novas turmas de estudantes de medicina (homens e mulheres) que trabalharam de perto com ele sob supervisão. Conforme a equipe começou a reconhecer o interesse e a preocupação que a equipe de interconsulta e alguns membros da equipe médica e de enfermagem tinham pelo paciente, a abordagem geral mudou evidentemente para melhor. O nível de cooperação do paciente melhorou muito. Ele ficou hospitalizado por 3 a 4 meses e teve considerável redução de peso antes de ser transferido para uma instalação de reabilitação, com planos de retornar para uma cirurgia de derivação gástrica.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Trabalhar com a equipe ou clínica de gastroenterologia e consultar seus pacientes regularmente.
2. Tornar-se parte da equipe de doenças infecciosas e fazer avaliações psiquiátricas dos pacientes antes do início da terapia para hepatite C; fazer o seguimento e monitorar os pacientes nesse esquema.
3. Tornar-se um consultor para pacientes com insuficiência hepática que estejam sendo considerados para transplante de fígado e pacientes e suas famílias antes e depois do transplante.
4. Trabalhar com uma equipe multidisciplinar de transtornos da alimentação na avaliação e no tratamento de pacientes com tais transtornos.
5. Trabalhar com cirurgiões que fazem cirurgia bariátrica, avaliar os pacientes antes e depois da cirurgia. Dirigir grupos para esses tipos de pacientes.

Endocrinologia e distúrbios autoimunes

Conceitos essenciais

- Praticamente todos os pacientes consultados por um psiquiatra devem ser submetidos a testes da função da tireoide.
- O hipertireoidismo já tratado, sem reposição hormonal continuada, é uma importante causa de hipotireoidismo.
- Anormalidades no cálcio sugerem disfunção na glândula paratireoide.
- Rostos em forma de lua-cheia, obesidade no tronco, estrias roxas, giba, estados de alteração de humor e, às vezes, psicose são sinais de hipercortisolismo.
- A compreensão do significado psicológico pessoal do diabetes melito para um paciente pode ser tão importante quanto descobrir as necessidades de insulina do paciente.
- No caso de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) que apresentam *delirium* ou outros sintomas psiquiátricos agudos durante o uso de esteroides, deve-se considerar o diagnóstico diferencial entre encefalopatia lúpica e transtorno do humor induzido por esteroides ou psicose por esteroides.

A maioria dos médicos não pensa em chamar um psiquiatra quando atendem um paciente com condições como doença da tireoide, diabetes melito, LES, síndrome de fadiga crônica (SFC) ou outras condições mencionadas neste capítulo. No entanto, essas doenças, na realidade, costumam ter um componente psiquiátrico significativo. Os pacientes com essas condições inicialmente apresentam sintomas como alterações de humor ou comportamento ou até mesmo psicose aparente. É seu trabalho, como psiquiatra interconsultor, ser capaz de incluí-los no diagnóstico diferencial, quando apropriado, e saber como desenvolver uma abordagem de tratamento às manifestações psiquiátricas.

DOENÇA DA TIREOIDE

Hipotireoidismo

Todos os anos diagnosticamos uma grande quantidade de casos de doença da tireoide não diagnosticada anteriormente, tanto em nosso trabalho hospitalar de interconsulta quanto em consultas ambulatoriais. A maioria desses casos é de pacientes com hipotireoidismo que apresentam depressão e/ou déficits cognitivos. Eles tendem a ter um tipo pesado, cabelos grisalhos e podem ter 40 anos ou mais. Uma etiologia, que não se costuma considerar, é o hipertireoidismo já tratado. Esses pacientes foram tratados com cirurgia ou ablação química há vários anos; receberam reposição hormonal, que posteriormente pararam de tomar, resultando em um eventual hipotireoidismo. A doença de Hashimoto, que é provavelmente secundária a uma reação imune, pode ser outra causa comum de hipotireoidismo.

Em geral, os pacientes que apresentam depressão e ansiedade e que acabam apresentando hipotireoidismo respondem muito bem ao tratamento de reposição com tiroxina. Letargia, fadiga e retardamento dos processos de pensamento podem ser mal interpretados como transtorno depressivo. Se o estado de hipotireoidismo permanecer sem tratamento, o indivíduo pode se tornar excessivamente psicótico; esse estado, há alguns anos, foi chamado *loucura mixedematosa*. Além de exames de sangue, é útil fazer uma sonografia para excluir um câncer subjacente. Exames com isótopo radioativo podem ser feitos para demonstrar o funcionamento adequado da tireoide e diagnosticar pontos frios, o que levantaria suspeita de câncer. Pacientes tratados com reposição com tiroxina podem apresentar resolução completa de sua depressão, ou pode persistir e exigir o uso de antidepressivos, com ou sem psicoterapia.

Hipertireoidismo e doença de Graves

O hipertireoidismo pode se apresentar com ansiedade, sudorese, tremor, pensamentos rápidos e hiperatividade. Os pacientes também podem apresentar afeto instável e se tornar paranoides, maníacos ou apresentar outras manifestações psicóticas.

Embora a causa mais comum do hipertireoidismo seja a doença de Graves, também pode ocorrer em situações em que grandes doses do hormônio da tireoide estejam sendo administradas sem monitoramento adequado.

O fundamental aqui é que praticamente todos os pacientes consultados por um psiquiatra façam testes de função tireoidiana. O melhor indicador da disfunção da tireoide é o hormônio estimulador da tireoide (TSH), sendo que níveis baixos indicam hipertireoidismo e níveis altos indicam hipotireoidismo. Nunca hesite em solicitar tal exame, mesmo que tenha 90% de certeza que o paciente apresenta uma condição psiquiátrica tratável. Nunca presuma que o médico do paciente já tenha verificado essa possibilidade.

EXEMPLO CLÍNICO: A DOENÇA DA TIREOIDE SE APRESENTA COMO ALTA ANSIEDADE

O interconsultor foi chamado ao pronto-socorro (PS) para atender um homem de 35 anos que estava hiperventilando e que se acreditava ter sintomas de ansiedade e pânico. O paciente estava em um programa de comportamento cognitivo para transtorno do pânico. Ocasionalmente, também usava diazepam (5 mg) para aliviar sua ansiedade. Mencionou estar ansioso a maior parte do tempo, com alguns episódios de sudorese abundante, e sentir que seu coração batia rápido. Ficava assustado e tinha respiração rápida durante esses episódios. Também temia que algo terrível acontecesse com ele e havia uma sugestão de paranoia, embora seu teste de realidade estivesse bom. O exame físico estava normal, exceto pela pressão arterial levemente elevada e taquicardia de 120, que também foi demonstrada no eletrocardiograma com ritmo sinusal. O interconsultor observou que o paciente apresentava um leve tremor nas duas mãos. O paciente sentiu-se muito melhor depois de receber 1 mg de alprazolam e respirar dentro de um saco. Foi encaminhado a clínicas médica e psiquiátrica para seguimento. Por intuição do consultor, foram feitas dosagens de TSH e T₄ livre antes que ele saísse do PS. Mais tarde, os exames confirmaram o hipertireoidismo. Então, o paciente foi encaminhado para uma consulta com um endocrinologista e diagnosticado com a doença de Graves. Foi tratado e demonstrou uma melhora acentuada nos sintomas de ansiedade e estresse. Não necessitou de mais tratamento para os sintomas de pânico.

O lítio e a doença da tireoide

O lítio, comumente usado para tratar o transtorno bipolar, pode interferir no metabolismo da tireoide e causar hipotireoidismo. Portanto, ao atender esses pacientes, inclua dosagens de função tireoidiana em seu exames laboratoriais de monitoramento e observe o desenvolvimento de bócio.

DOENÇA DA PARATIREOIDE

Embora seja muito menos comum do que a doença da tireoide, a doença da paratireoide pode se apresentar com sintomas psiquiátricos como depressão, irritabilidade, ansiedade, confusão e *delirium*.

Hiperparatireoidismo

A elevação do cálcio é a indicação de que o paciente pode apresentar hiperparatireoidismo. O excesso de hormônio da paratireoide causa regulação anormal do metabolismo do cálcio e hipercalcemia subsequente. A fraqueza muscular também pode fazer parte da apresentação.

Hipoparatireoidismo

Baixos níveis de cálcio estão relacionados a distúrbios de hipoparatireoidismo e podem causar sintomas similares, como já mencionado. O tétano pode estar presente com cálcio baixo ou estar ausente se o cálcio diminuir aos poucos. Podem ocorrer convulsões, assim como o aparecimento de catarata.

É possível obter um exame do hormônio da paratireoide, que pode ser útil no diagnóstico da doença da paratireoide. Os níveis de magnésio e fosfato podem estar anormais, mas o cálcio costuma ser o teste-chave. Pode-se esperar que os sintomas psiquiátricos melhorem conforme a condição da paratireoide for tratada.

DISFUNÇÃO DA GLÂNDULA ADRENAL

O fator liberador do cortisol (FLC) do hipotálamo causa a liberação do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) da glândula pituitária anterior e, então, do cortisol, da glândula adrenal. O FLC em excesso é capaz de causar a doença de Cushing, enquanto sua deficiência pode diminuir a produção de cortisol e causar doença de Addison.

Doença/síndrome de Cushing

Síndrome de Cushing é o termo utilizado para qualquer padrão clínico secundário à elevação do cortisol, endógena ou exógena. O quadro clínico costuma ser facilmente reconhecido. O paciente apresenta rosto em forma de lua-cheia, obesidade no tronco (na realidade, a obesidade costuma ser parte do motivo da consulta, no caso de um paciente ambulatorial) e pode apresentar estrias roxas e giba. Além disso, pode ter osteoporose, fraqueza muscular proximal e hirsutismo. Pode haver uma grande variedade de alterações de humor, de labilidade maníaca a depressão. A ideação suicida pode ocorrer, assim como psicose e *delirium*.

Embora a depressão seja mais provável com a doença de Cushing, os sintomas hipomaníacos ou maníacos são mais prováveis com esteroides exógenos. Em sua forma mais grave, essa síndrome é conhecida como *psicose por esteroide*. As alterações de humor podem ocorrer em qualquer dosagem desse medicamento, mas alterações significativas são mais prováveis com doses mais altas (i.e., mais de 30 mg de prednisona.)

EXEMPLO CLÍNICO: ESTADO MENTAL EM FISICULTURISTAS QUE USAM ESTEROIDES

Uma consulta psiquiátrica foi solicitada para um homem de 28 anos que havia sido internado depois de sofrer uma fratura composta da tíbia em um acidente de carro, que precisou ser reduzida no centro cirúrgico. Logo depois de se recuperar da anestesia e ser transferido para a unidade de ortopedia, observou-se que dizia coisas estranhas. Falava

rápido e estava ostentoso, anunciando que era o “terceiro homem mais forte do mundo”. Sabia onde estava e a data, mas sua fala era rápida e havia pressão para falar; obviamente, não estava se concentrando muito bem. Negou qualquer história psiquiátrica e contou que era mecânico de motocicletas. Os níveis de substâncias e álcool estavam normais na internação. O diagnóstico preliminar foi *delirium* secundário à medicação para dor. Também se considerou lesão na cabeça, embora as imagens do cérebro estivessem normais na internação e o paciente não tivesse perdido a consciência. O paciente deu permissão para entrar em contato com sua família, que havia acabado de sair do hospital. Os familiares confirmaram que ele nunca havia sido submetido a tratamento psiquiátrico e, até onde sabiam, não bebia em excesso nem usava drogas. Disseram que, nas duas semanas anteriores, mostrara-se distraído e não parecia ele mesmo. Acharam que não estava dormindo bem. Segundo eles, passava todo o seu tempo livre se exercitando na academia e havia participado de alguns concursos de fisiculturismo. Então, o consultor percebeu que o paciente era bastante musculoso e questionou-lhe sobre seus esforços de fisiculturismo. Ele afirmou usar muitas vitaminas e suplementos especiais. Disse que todos os seus amigos usavam esteroides anabólicos e confirmou que também os usava. No último mês, havia começado a usar uma nova versão de um esteroide que todos diziam ser o melhor. Então, ficou claro que ele sofria de psicose e transtorno do humor induzidos por esteroides.

Doença de Addison

Essa condição geralmente se deve a uma atrofia adrenocortical crônica, mas pode ser causada por uma doença granulomatosa, como a tuberculose. A redução do cortisol produz apatia e cansaço fácil, que podem ser difíceis de distinguir da depressão. O tratamento é a administração de corticosteroides exógenos.

DIABETE MELITO

De acordo com nossa experiência, os pacientes com diabetes melito se apresentam com questões patológicas relacionadas às três diferentes fases da doença:

1. Início
2. Ajuste
3. Crise

O início do diabetes melito

Dar a uma pessoa a informação de que sofre de uma doença crônica grave é um importante evento na vida desta. As reações psicológicas típicas incluem negação, ansiedade e depressão. Portanto, você precisa estar alerta ao fato de que um paciente sintomático pode estar reagindo ao impacto de um diagnóstico recente. Como o diabetes pode ter relações genéticas, é importante compreender como pode ter sido a experiência e o curso da doença de outros membros da família. Quando há necessidade de injeções regulares de insulina, pacientes que têm fobia de agulhas podem exigir algumas técnicas de dessensibilização para ajudá-los a aceitar esse processo. Alguns indivíduos terão muita dificuldade em seguir as restrições dietéticas devido a padrões alimentares e ânsia por carboidratos, o que pode estar intimamente ligado à composição psicológica do paciente. Este também pode precisar de psicoeducação, modificação de comportamento e exploração psicológica. Adolescentes podem sentir um transtorno especial por mudar os padrões de dieta, o que pode lhes provocar uma sensação de serem “diferentes” e não se identificarem com os colegas.

O uso de agentes hipoglicemiantes orais, equipamentos de última geração para testes domésticos dos níveis de açúcar no sangue e uma abordagem mais sofisticada ao uso da insulina mitigaram alguns dos problemas psicológicos iniciais observados após o aparecimento dessa doença. Não obstante, a abordagem ideal para um paciente diabético recentemente diagnosticado leva em consideração a personalidade do paciente e a combina com o manejo da insulina. Por exemplo, uma pessoa obsessivo-compulsiva muito rígida pode ser mais bem tratada com uma dieta muito rigorosa e um plano de insulina, enquanto um paciente com personalidade mais flexível pode ficar confortável com uma abordagem de manejo também mais flexível.

Ajuste ao diabetes melito

Alguns dos problemas descritos no texto anterior podem não se tornar aparentes até que o paciente tenha convivido por algum tempo com a doença e o tratamento. É quase inevitável que algumas pessoas, sobretudo adolescentes com diabetes, perguntem-se, eventualmente, se poderiam funcionar sem a insulina. Esses pacientes, em algum ponto, saem de sua dieta ou interrompem o uso da insulina ou ambos para verificar se “de fato precisam” desse tratamento. Como consequência, costuma haver um perigoso problema hiperglicêmico, que ocorre logo após a primeira experiência.

Embora as pessoas com diabetes muitas vezes apresentem altos níveis de ansiedade e depressão, ainda há alguma controvérsia quanto à possibilidade de os níveis elevados de estresse resultarem no aumento dos níveis de glicose. Se os estados psicológicos alterados levam ou não diretamente a alterações no metabolismo da glicose, com certeza é possível que os estados psicológicos que causam distração resultem na incapacidade de se testar o sangue ou administrar a insulina de maneira adequada, com consequências físicas subsequentes. Os pacientes com transtorno da personalidade *borderline* podem manipular terceiros por meio do controle inadequado de sua própria insulina.

Crise

Os pacientes com cetoacidose diabética ou choque de insulina costumam estar inconscientes quando são inicialmente avaliados por um médico. O diagnóstico diferencial é fundamentado na medicina básica de emergência, e é difícil que você seja chamado para tomar essas decisões clínicas em sua condição de psiquiatra. No entanto, em algumas situações clínicas, a cetoacidose diabética pode ser confundida com transtornos psiquiátricos, como catatonia, sintomas de conversão, mutismo, fingimento ou hiperventilação ansiosa. Além disso, tanto a hipo quanto a hiperglicemia podem manifestar *delirium* clássico. Quando estiver em dúvida, um simples exame de sangue é capaz de fazer o diagnóstico.

A injeção de insulina pode ser usada como tentativa de suicídio ou até mesmo de homicídio. Você precisará contar com a

história e a perspicácia clínica para identificar essas circunstâncias incomuns e atuar do modo adequado.

Demonstrou-se que existe alta associação entre a depressão e o diabetes. A depressão tem um impacto significativo sobre a qualidade de vida e a conformidade com o manejo do diabetes. Além disso, parece que ela induz alterações no eixo hipotalâmico-hipofisário, que resultam em mudanças metabólicas que terminariam por afetar o controle da glicose. Esse é o motivo pelo qual você deverá estar sempre alerta ao reconhecer a depressão, que frequentemente é subreconhecida nessa coorte de pacientes. No modelo cooperativo de manejo da depressão no cuidado primário, tem-se dado atenção à saúde mental de pacientes com HgbA1C acima de 9, apesar do tratamento. Existem várias complicações médicas do diabetes melito, incluindo doença cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal; as ramificações psicológicas potenciais dessas complicações são discutidas em outras seções deste livro. Uma complicação particularmente drástica do diabetes grave é a amputação causada por doença vascular periférica. Às vezes, há uma gangrena progressiva, que exige uma série de amputações dos dedos das mãos e dos pés e, por fim, de membros. Da mesma maneira, pode haver perda progressiva da visão devido à retinopatia diabética. Não importa o quanto o paciente pareça estar bem ajustado ou bem preparado para essas complicações, você deve se lembrar de que ele passou por uma grande perda do *self* e de função. Junto com o sofrimento, há desmoralização e depressão. Deve-se permitir que o paciente expresse seu sofrimento e passe pelas fases de luto. Como ocorre com qualquer processo de sofrimento, as habilidades de ouvir, esclarecer e de empatia terão muito mais valor do que um tranquilizante ou antidepressivo. No entanto, uma medicação adjunta sempre pode ser considerada e, às vezes, é bastante útil.

EXEMPLO CLÍNICO: O DIABETE PODE TER UM FORTE IMPACTO, SOBRETUDO NA ADOLESCÊNCIA

Foi requisitada interconsulta de psiquiatria para uma adolescente de 17 anos que parecia ter dificuldades para manejar seu diabetes. Ela foi descrita por seu médico como “uma boa menina, muito esperta, que havia aprendido sobre o diabetes, mas que apresentava flutuações instáveis da glicose, difíceis de controlar”. Foi internada em choque de insulina, depois do que se acreditava ter sido uma superdosagem acidental de insulina. O

médico que a encaminhou achou que a paciente poderia ser candidata a um grupo recentemente formado para adolescentes com doenças crônicas; assim, sugeriu que o consultor “passasse por lá e conversasse com ela sobre o grupo”. Ela era uma adolescente atraente e triste, que a princípio não tinha muito a dizer. O consultor a colocou em uma série de assuntos não relacionados ao diabetes, incluindo filmes, música, escola, vestibular e várias carreiras. Quando ele enfim lhe perguntou como lidava com o diagnóstico de diabetes, a paciente já se sentia bastante à vontade. Ela relatou que se sentia arrasada com a dieta, revoltada com as agulhas e com medo de ficar cega pelo diabetes, como havia acontecido com sua avó. Sentia que seus pais não sabiam do que estavam falando quando a reconfortavam. Tentava esconder a doença dos amigos e tinha medo de ir à praia, porque as marcas das agulhas poderiam aparecer. Pelo mesmo motivo, também não conseguia se imaginar em uma situação íntima com o namorado. Tentou não usar a insulina e comer quase nada e, outras vezes, comia “todas as comidas erradas”. Estava se tornando cada vez mais deprimida e não dormia bem há duas semanas. Tinha fantasias em que injetava insulina demais e era resgatada por um médico bonito no pronto-socorro. Em outros momentos, pensava em injetar insulina em excesso e “dormir para sempre”. Achava que talvez tivesse injetado muita insulina de propósito na noite em que fora trazida para o hospital. A paciente começou a chorar e disse que estava aliviada por ter compartilhado seus sentimentos. Pediu ao consultor que a ajudasse a dizer aos pais como se sentia, concordando em ver um terapeuta e frequentar o grupo para jovens diabéticos que o consultor coordenava.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica que pode ter implicações psiquiátricas significativas. Embora suas complexidades ainda estejam sendo elucidadas, essa doença é capaz de produzir vasculite em praticamente todas as partes do corpo, resultando em sintomas como febre, fotossensibilidade, erupção malar, dor nas articulações e dores de cabeça. Sintomas mais graves, porém comuns, incluem anemia, efusão da pleura, insuficiência renal, convulsões e vários sintomas psiquiátricos relacionados ao impacto sobre o sistema nervoso central. Esses sintomas em geral são atribuídos à “encefalite por lúpus” que, em sua apresentação total, seria considerada como o *delirium* clássico com alteração da consciência, redu-

ção da capacidade de manter a atenção, problemas de memória, desorientação e até alucinações (mais provavelmente visuais do que auditivas). O paciente também pode apresentar sintomas depressivos, incluindo insônia, irritabilidade, labilidade emocional e ideação suicida.

O termo *lúpus* deriva da raiz “lobo”, e a apresentação e as manifestações dessa condição podem ser tão “dissimuladas e astuciosas” quanto seu nome nos sugere. Por exemplo, o *delirium* pode não se dever à encefalite por lúpus, mas à insuficiência renal e à uremia. A depressão pode não se dever ao efeito direto da condição médica, mas ser a reação psicológica à doença, que ocorre sobretudo em mulheres jovens no limite de suas vidas maduras, tirando-lhes a saúde.

Para complicar ainda mais o quadro clínico, esteroides são usados para tratar episódios agudos de LES, podendo causar alterações significativas do humor, assim como manifestações psicóticas ou *delirium*. Às vezes, você poderá ser realmente a primeira pessoa a sugerir que sejam feitos testes de anticorpos antinucleares ou outros exames para diagnosticar o LES. Porém, mesmo que você entre em cena quando já se sabe que o paciente tem LES, pode haver um dilema caso as manifestações psiquiátricas se devam à encefalite por LES ou ao tratamento com esteroides. Um olhar muito atento à linha de tempo dos sintomas e ao tratamento pode fornecer algumas pistas. Um exame básico, como a velocidade de hemossedimentação seriada, pode indicar se o processo do LES está melhorando ou piorando e, portanto, ajudar com o diagnóstico diferencial.

EXEMPLO CLÍNICO: PSICOSE POR LÚPUS VERSUS PSICOSE POR ESTEROIDES

Uma consulta psiquiátrica foi solicitada para uma mulher de 33 anos de idade com diagnóstico de LES, que foi vista chorando na cama e ameaçando se matar. Ela também estava agindo de forma paranoide e tinha medo da paciente do leito ao lado. As equipes médica e de enfermagem ficaram muito abaladas pelo grau de seu estresse psicológico. Ela havia sido internada 10 dias antes da consulta, com efusão da pleura e dor em múltiplas articulações. Sentia-se que ela apresentava uma exacerbação de seu LES e, na internação, foi administrada prednisolona, sendo a dosagem aumentada gradualmente até 80 mg por dia. Os médicos que a tratavam achavam que ela estava apresentando psicose por esteroides e, em virtude da melhoria

dos sintomas das articulações e da efusão pleural, disseram à psiquiatra que estavam dispostos a reduzir os esteroides a fim de aliviar seus sintomas psiquiátricos. A psiquiatra concluiu que a paciente estava apresentando manifestações psicóticas que incluíam ilusões paranoides sobre sua família e alucinações auditivas – vozes que diziam que era má. Estava desorientada em relação ao tempo e ao lugar e não era capaz de fazer cálculos simples. A família, que estava de visita ao lado do leito, forneceu uma história de que a paciente havia passado bem durante vários anos, trabalhando como executiva de publicidade e sem medicamentos. Duas semanas antes da internação, começou a agir de modo estranho, estava irritável e esquecida, e passou a acusar sua família de falar sobre ela pelas costas. Seus sintomas físicos se desenvolveram, e ela foi internada. O eletrencefalograma feito no dia da interconsulta foi examinado pela psiquiatra, com o neurologista, sendo considerado anormal e com acentuado retardamento difuso. A função renal estava normal. A interconsultora concluiu que a causa mais provável dos sintomas psiquiátricos era encefalite por lúpus. Ela conversou com a equipe que a tratava e afirmou que era mais provável que os esteroides não fossem a principal causa dos sintomas psiquiátricos da paciente e que, na verdade, ajudariam a aliviar os sintomas. Sugeriu, então, a associação de uma combinação de haloperidol e risperidona para tratar o *delirium* e as manifestações psicóticas. Também tentou fazer alguns testes de realidade e cuidado de apoio com ela. Reunia-se com regularidade com a família até que a paciente pudesse entrar em remissão do LES. Também foi recomendado que os esteroides fossem reduzidos gradualmente, a fim de evitar outros sintomas psiquiátricos que pudessem ocorrer com uma rápida retirada desses medicamentos.

SÍNDROME DE FADIGA CRÔNICA

A fadiga é uma das reclamações mais comuns dos pacientes. Em geral, quando sua etiologia não pode ser explicada, realiza-se um diagnóstico de SFC. Infelizmente, isso não esclarece a situação, já que há controvérsias a respeito desse diagnóstico. Também não existe um consenso claro quanto aos critérios diagnósticos ou da etiologia da SFC. Antigamente, essa síndrome era relacionada à descoberta de anticorpos do vírus de Epstein-Barr (porém, mais tarde, descobriu-se que era uma associação fraca).

Como psiquiatra de interconsulta, você será chamado para atender pacientes com fadiga crônica cujos exames não revelaram qualquer etiologia significativa. Várias condições médicas e

psiquiátricas relevantes associadas à fadiga precisam ser excluídas. A depressão é sempre o diagnóstico diferencial. Há uma tendência de se pedir extensos exames, e é preciso cautela ao recomendá-los. Embora o paciente comece a ser avaliado durante a internação hospitalar, quando a SFC se torna uma consideração grave, ele já passou para o ambiente ambulatorial.

Infelizmente, a maior parte dos pacientes com SFC não é receptiva à intervenção psiquiátrica apesar de estudos demonstrarem uma alta comorbidade com condições psiquiátricas. Isso foi perpetuado pela crença popular e por alguns clínicos que promoveram a crença de que há uma razão apenas física para essa fadiga.

Como psiquiatra, você deve obter uma história precisa, estabelecer uma relação de apoio com o paciente, validar seu sofrimento e tratar as condições psiquiátricas subjacentes, quando existirem. Com frequência, ele não será receptivo a considerar que a fadiga pode ter origem psicológica. Estará muito mais interessado em falar sobre o desencorajamento e a depressão que sente por estar limitado ou incapacitado por seus sintomas. Se o paciente entrar em uma relação psicoterapêutica sobre essas questões, pode haver uma oportunidade de encontrar os fatores psicológicos subjacentes. No mínimo, um apoio solidário a ele pode ser útil.

FIBROMIALGIA

A fibromialgia é outra das condições não específicas que se apresenta com fadiga crônica, devendo ser incluída no diagnóstico diferencial. O Centers for Disease Control and Prevention sugeriu que a fibromialgia é um subconjunto da SFC. Ao contrário desta, no entanto, estudos comprovaram que os antidepressivos podem melhorar essa condição clínica.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Ser um consultor psiquiátrico de uma equipe endocrinológica. Fazer turnos com eles e atender todos os pacientes que apresentarem doença da tireoide ou outras condições tratadas pela equipe.

2. Trabalhar junto com os diabetólogos e membros da equipe que tratam pacientes com diabetes melito. Atender os pacientes em cada fase da doença e auxiliar com o ajuste à condição.
3. Trabalhar junto com um reumatologista ou um grupo e atender todos ou a maioria de seus pacientes que sofrem de LES e outros transtornos autoimunes, especialmente durante as fases agudas.
4. Se houver uma equipe de especialistas tentando trabalhar com pacientes que sofrem de SFC, eles podem ser bastante receptivos ao fato de ter um psiquiatra em um trabalho conjunto.

Aspectos psiquiátricos dos transtornos neurológicos

Conceitos essenciais

- O marco do *delirium* é a incapacidade de prestar atenção, e não a flutuação do estado mental ou a desorientação.
- Nem todas as demências se apresentam da mesma forma, e algumas se apresentam como se não houvesse qualquer prejuízo cognitivo. Logo no início do curso das demências subcorticais, o paciente pode ter um escore de 30/30 no Miniexame do Estado Mental de Folstein e, ainda assim, nos testes neuropsicológicos, pode apresentar déficits cognitivos significativos.
- A demência é o efeito de processos patológicos no cérebro, não o efeito do envelhecimento.
- Ao usar psicotrópicos em pacientes que tenham sofrido lesões no cérebro de qualquer etiologia, sempre “comece devagar e vá devagar”.

Pode-se esperar que a presença de lesões patológicas no cérebro cause manifestações psiquiátricas. No passado, tais lesões eram agrupadas sob os termos *transtornos orgânicos do cérebro* ou *síndromes mentais orgânicas*. Muitas vezes, eram comparadas a “transtornos funcionais”, que se acreditava não apresentarem uma etiologia orgânica subjacente. Sabemos agora que os chamados transtornos mentais funcionais, como a esquizofrenia e o transtorno bipolar, podem ter realmente uma base orgânica. Os transtornos mentais orgânicos são assim chamados por haver uma base orgânica na forma de um distúrbio médico ou cirúrgico ou alguma outra patologia, incluindo *delirium*, demência, transtornos amnésicos e vários transtornos psiquiátricos causados principalmente por uma condição médica geral. O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quarta edição revisada (DSM-IV-TR), classifica esse grupo de transtornos como “transtornos cognitivos” para enfatizar o elemento comum em todos eles: a presença de prejuízo cognitivo.

A doença de Parkinson (DP), a esclerose múltipla (EM) e os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) são alguns distúrbios neurológicos que costumam estar interligados a sintomas psiquiátricos e vice-versa. No capítulo sobre câncer, mencionamos lesões primárias e metastáticas no cérebro. É importante saber como correlacionar as manifestações psiquiátricas e neurológicas e distinguir se os sintomas do paciente têm origem neurológica ou psiquiátrica.

DELIRIUM

O *delirium* é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em um hospital geral. Também costuma ser diagnosticado erroneamente e subreconhecido. Demonstrou-se que a prevalência varia de 10 a 50% em unidades clínico-cirúrgicas. É importante reconhecer essa entidade o mais cedo possível já que costuma ser uma emergência médica. Talvez, a conceituação do *delirium* como uma “falha no cérebro” transmita o sentido de urgência necessário na avaliação desses casos. Há determinados casos que precisam ser reconhecidos imediatamente, uma vez que podem levar à morte (Tab. 10.1).

Há vários grupos de pacientes com risco aumentado de desenvolver *delirium*: pacientes muito jovens ou muito velhos, com queimaduras de terceiro grau, com história de dependência de substâncias, em *status* de pós-cardiotomia, com história de lesão cerebral prévia ou história de *delirium*. Uma das primeiras coisas que se deve fazer ao receber uma solicitação de consulta para avaliar um paciente com alterações do *status* mental é

Tabela 10.1 REHHHSMV mnemônico de algumas etiologias sérias do *delirium*

<ul style="list-style-type: none">• Retirada de drogas/álcool/encefalopatia de Wernicke• Encefalopatia hipertensiva• Hipoglicemia• Hipoperfusão do sistema nervoso central• Hipoxemia• Hemorragia intracraniana• Meningite/encefalite• Venenos/medicamentos
--

analisar sua ficha. É importante olhar os resultados de exames laboratoriais, os medicamentos (preste atenção às mudanças de medicação e à carga anticolinérgica de medicamentos que o paciente está recebendo), as anotações dos enfermeiros e os sinais vitais. Os resultados de gasometria e de glicose no sangue são essenciais para avaliar um paciente e determinar a etiologia do *delirium*. Se esses testes ainda não tiverem sido solicitados e a hipoglicemia e a hipoxemia estiverem em destaque na lista de diferencial, você deverá recomendar que sejam feitos. Testes das funções renal, hepática e da tireoide também devem ser levados em consideração.

Características clínicas do *delirium*

O *delirium* é uma síndrome clínica e, como tal, apresenta-se com diversas características clínicas, as quais podem não estar todas presentes em um único paciente. No entanto, há um sintoma central que deve estar presente antes de ser diagnosticado, e este é a incapacidade de prestar atenção, ou seja, a incapacidade de mudá-la, focá-la ou mantê-la.

EXEMPLO CLÍNICO: UM HOMEM HOSTIL QUE PRECISAVA DE OXIGÊNIO

Um homem de 72 anos estava “causando estragos” na unidade. Ele exigia sua alta apesar dos conselhos médicos. Era um homem agradável que apresentava doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão. Foi internado devido a fraqueza e fadiga e estava sendo submetido a exames. Estava no hospital há três dias quando foi ao posto de enfermagem em sua cadeira de rodas e insistiu em ter alta imediatamente. Foi-lhe solicitada uma consulta psiquiátrica. Quando o psiquiatra o avaliou, o paciente estava bastante hostil e enraivecido porque as pessoas achavam que era “louco”, já que a equipe havia chamado um psiquiatra. Ele cooperou com a entrevista e respondeu as perguntas. Estava desperto e orientado quanto a tempo, local e pessoa. Aparentemente, não apresentava ilusões e alucinações. Sua memória estava intacta, mas observou-se que se apresentava bastante distraído e não se concentrava no psiquiatra e em suas perguntas. Queria ter alta porque “não havia nada de errado com ele”. A gasometria realizada um pouco antes de seu surto revelou hipoxemia. O paciente recebeu oxigênio e cerca de uma hora depois estava muito mais calmo, concordando em ficar.

O curso do *delirium* é agudo e pode haver um pródromo. Uma revisão das anotações dos enfermeiros pode revelar uma reversão dos padrões de sono do paciente e isso precede a confusão que costuma levar a uma solicitação de consulta psiquiátrica. A flutuação do estado mental, embora não seja necessariamente encontrada em todos os casos, é uma característica comum do *delirium*. Quando você for chamado, o paciente pode já estar lúcido. Você deve revisar os registros para obter uma história longitudinal que fornecerá o quadro total.

Não é preciso que um paciente esteja totalmente desorientado para ser diagnosticado com *delirium*, contanto que exista a incapacidade de prestar atenção, que é o principal sintoma deste. Entretanto, em geral os pacientes estão desorientados e apresentam outros sintomas neurológicos (p. ex., reflexos anormais). Outras características incluem distúrbios de percepção, como ilusões, alucinações e delírios. Algumas alucinações indicam determinadas entidades diagnósticas (p. ex., alucinações olfativas podem sugerir tumor cerebral, alucinações cinéticas sugerem privação de drogas, etc.). Pode haver transtornos do humor, pensamentos desorganizados e déficits na linguagem e na cognição (memória, concentração, etc.). O *delirium* pode ser hiperativo, quando o paciente fica muito agitado, representando um problema para controle comportamental. Esse tipo de paciente costuma ser o motivo para consultas psiquiátricas urgentes.

O outro tipo é o *delirium* hipoativo e, infelizmente, em geral não é reconhecido. O paciente costuma apenas ficar deitado na cama, parecendo deprimido e apático. Quando é solicitada uma consulta psiquiátrica, normalmente é para depressão. Por essa razão, o *delirium* costuma ter diagnóstico equivocado. O *delirium* hipoativo é o tipo mais perigoso, já que sua etiologia não é reconhecida, não sendo, portanto, tratada.

Há várias escalas de classificação disponíveis para o *delirium* (a versão revisada da Escala de Classificação de *Delirium* de Trepacz, a Escala de Avaliação de *Delirium* do Memorial, entre outras). O Miniexame do Estado Mental de Folstein é um instrumento de rastreamento usado com frequência, mas não é específico para o *delirium*. Testes simples feitos junto ao leito também podem ajudar a chegar a um diagnóstico, como os testes de movimentos alternados das mãos e de desenhar o relógio. O diagnóstico é melhor obtido por meio de um bom exame clínico.

Manejo do *delirium*

O aspecto mais importante do manejo de pacientes com *delirium* é descobrir a etiologia, que muitas vezes é multifatorial, e corrigir ou tratar o problema. No *delirium* hiperativo, o paciente pode não ser cooperativo, estando agitado demais para permitir exames que estabeleçam a etiologia da doença. Nessas situações, você deve iniciar o tratamento sintomático. Ainda existe controvérsia relacionada à administração de neurolépticos nesse caso, quanto se devem ser administrados continuamente, conforme necessário, ou se não devem ser administrados de forma alguma. Há uma corrente mais recente que defende o uso de neurolépticos para o *delirium* hipoativo. Isso se relaciona mais com o tratamento de prejuízos cognitivos observados em todos os tipos da doença. O haloperidol de baixa dosagem tem sido o fármaco de primeira linha utilizado. Por exemplo, inicia-se com 0,5 mg duas vezes por dia via oral e aumenta-se de forma gradual, interrompendo-o, por fim, quando não for mais necessário. O fato de que pode ser administrado por diversas vias (oral, intramuscular e intravenosa [IV]) o torna mais amplamente utilizado. É importante lembrar que esse fármaco não é aprovado para uso pela Food and Drug Administration para administração IV nem é indicado para *delirium*. Uma complicação incomum, porém significativa, do haloperidol IV é a *torsades de pointes* (arritmia cardíaca com prolongação da QT). Mais recentemente, houve relatos e alguns estudos que demonstraram que baixas dosagens de risperidona, olanzapina e, inclusive, a quetiapina podem ser usadas para tratar o *delirium*. Além dos neurolépticos, os benzodiazepínicos, sobretudo o lorazepam, também são usados para a agitação observada nessa condição. Normalmente, o lorazepam é usado em combinação com os neurolépticos e, em outros casos, de forma isolada. Esse fármaco deve ser o preferido em casos de *delirium* causado por privação de drogas ou álcool. Além do manejo farmacológico, a manipulação ambiental, como a orientação repetida do paciente, ter objetos familiares por perto, uma luz noturna, alguém por perto e assim por diante, também fazem parte do manejo do paciente. Nunca se deve esquecer que a atenção deve ser direcionada para a descoberta da etiologia subjacente e seu tratamento.

DEMÊNCIA

A demência é uma síndrome de prejuízo adquirido e persistente da função intelectual que afeta a memória, a linguagem, as habilidades visuais e espaciais, as emoções ou a personalidade e a cognição. É importante lembrar que esse transtorno é efeito de processos patológicos no cérebro, e não do envelhecimento. Conforme a população norte-americana envelhece, entretanto, a prevalência dessa doença aumenta. O diagnóstico da demência baseia-se na história e na apresentação clínica do paciente.

Características clínicas da demência

A apresentação clínica da demência pode ser conceituada em três domínios: cognitivo, funcional e comportamental. Os sintomas cognitivos incluem prejuízo da memória, os quatro A's (amnésia, afasia, apraxia e agnosia), prejuízo da função executiva e disfunção visual e espacial, entre outros. Os sintomas comportamentais incluem tristeza, irritabilidade e ansiedade no início do curso da doença. Agitação, comportamento excêntrico, ilusões e alucinações e falta de sono ocorrem mais tarde no curso da doença. Nos estágios iniciais, as atividades funcionais que são afetadas incluem cozinhar, arrumar a casa, viajar de maneira independente, lidar com questões financeiras, entre outras. Essas também são chamadas *atividades instrumentais da vida cotidiana*. As atividades pessoais da vida cotidiana (p. ex., tomar banho, arrumar-se, vestir e alimentar-se, etc.) são afetadas posteriormente.

A demência pode ser cortical, subcortical e mista. A cortical é mais bem tipificada pela doença de Alzheimer (DA), na qual o prejuízo da memória é o déficit cognitivo mais significativo. Cerca de 90% dos pacientes com demência apresentam risco significativo de apresentar psicopatologia durante a vida. Sulcos planos, ventrículos aumentados e atrofia difusa são observados em estudos por imagem. A autópsia apresenta emaranhados neurofibrilares e placas amiloides. O curso consiste em uma deterioração gradualmente progressiva da cognição, da função e do comportamento.

Na demência subcortical, a apatia, a depressão e o retardo psicomotor são mais proeminentes do que o prejuízo da memó-

ria. O lobo frontal, os gânglios basais e o tálamo são afetados. As demências de várias doenças, como o vírus da imunodeficiência adquirida e DP são demências subcorticais.

Demência multi-infarto e demência vascular (DV) são tipos mistos de demência. Isso significa que apresentam características dos tipos cortical e subcortical. Na DV, ocorre uma deterioração gradual da função, correlacionada com cada evento vascular. Também pode haver algum grau de melhora após um evento. Estudos de imagens costumam mostrar múltiplas lesões parenquimais bem espalhadas. Uma combinação de DA e DV não é incomum.

Há dois outros tipos de demência que têm sido cada vez mais reconhecidos: a demência por corpúsculo de Lewy tardia e a demência frontotemporal. A primeira costuma estar combinada com DA ou DV. Sua principal característica é a flutuação da cognição, que parece muito com *delirium*, alucinações visuais persistentes e parkinsonismo. Já a demência frontotemporal ou doença de Pick é caracterizada pela atrofia dos lobos frontal e temporal e resulta em um padrão distinto de deficiência em capacidades sociais, desinibição, impulsividade, apatia e afasias e hiperoralidade.

Alterações da personalidade e distúrbios da percepção fazem parte do quadro das diversas demências. O fenômeno de “*sundowning*”, aumento da confusão com a aproximação do final do dia, é outra característica clínica comum das demências.

A pseudodemência é a síndrome da demência da depressão e merece ser mencionada aqui, já que deveria ser considerada no diagnóstico diferencial. Pacientes com essa “demência” são indiferentes aos seus sintomas de prejuízo cognitivo, ao contrário de pacientes com demência cortical, que ficam perturbados pelo fato de apresentarem prejuízo na cognição. Eles costumam dar respostas como “não sei”; a atenção e a concentração são bem preservadas. A pseudodemência melhora quando a depressão é tratada.

Manejo da demência

Na verdade, não há cura para a maioria das demências, mas elas com certeza são tratáveis. Os medicamentos disponíveis atualmente para o seu manejo não curam a condição, mas

retardam a deterioração progressiva do estado cognitivo do paciente e, em alguns casos, também melhoram seus sintomas comportamentais e, como resultado, a função do indivíduo. Os medicamentos incluem inibidores da colinesterase donepezil, rivastigmina e galantamina. A tacrina foi o primeiro fármaco desse tipo, mas apresentava efeitos colaterais que impediram seu uso. A memantina, um antagonista do receptor de *N*-metil-D-aspartato, é a primeira de uma classe diferente de medicamentos agora usados para tratar os sintomas da DA. Costuma ser usada em combinação com os inibidores da colinesterase, em geral o donepezil. Há outros fármacos (p. ex., selegilina, hidergina, etc.), vitaminas antioxidantes (vitamina E) e minerais e medicamentos complementares (p. ex., ginkgo biloba) que têm sido usados, mas, hoje, não há literatura baseada em evidências que sustente sua eficácia. Antipsicóticos de baixa dosagem, estabilizadores do humor, antidepressivos e agentes ansiolíticos foram usados para agir sobre sintomas específicos que acompanham a demência. É importante lembrar que pacientes dementes podem ser particularmente sensíveis aos efeitos colaterais de medicamentos e que, em geral, muitos destes podem interagir com os psicotrópicos. Além disso, deve-se identificar o sintoma-alvo específico que se deseja tratar com um psicotrópico em particular. Até cerca de 60% dos pacientes com DA apresentam sintomas depressivos que, com muita frequência, são subreconhecidos. O tratamento da depressão pode, às vezes, resultar na melhora do humor e da função. Abordagens não farmacológicas no manejo da DA são a base do tratamento. Isso inclui a psicoeducação dos pacientes e de suas famílias, medidas para ajudá-los com suas memórias e terapia individual ou em grupo, entre outros.

TRANSTORNOS AMNÉSICOS

Ao contrário do *delirium* e da demência, nos quais há vários prejuízos cognitivos nos sintomas apresentados, os transtornos amnésicos apresentam um único prejuízo cognitivo: a memória. Tanto a memória retrógrada (incapacidade de reter as informações aprendidas) quanto a anterógrada (incapacidade de aprender novas informações) podem ser prejudicadas. A principal característica dessa condição é que o prejuízo da memória afeta significativamente a função do paciente. As causas

do transtorno amnésico são geralmente doenças médicas sistêmicas, transtornos cerebrais primários e causas relacionadas a substâncias (p. ex., álcool ou benzodiazepínicos). O tratamento envolve sobretudo os achados etiológicos e a abordagem do manejo da causa. A psicoterapia também pode ser útil às vezes, já que o paciente se sente arrasado pela consciência dos déficits de memória.

DOENÇA DE PARKINSON

A DP é um transtorno degenerativo comum cuja prevalência aumenta com a idade. Sua patogênese está relacionada à depleção de acetilcolina e dopamina. Trata-se de um transtorno progressivo, com alta prevalência de manifestações psiquiátricas. Suas características são bradicinesia, rigidez, tremor em repouso, anormalidade da marcha e disfunção da postura e do equilíbrio.

A característica psiquiátrica mais comum da DP é a depressão, que foi relatada em até 40%. Alguns estudos sugeriram que pacientes com essa condição são mais deprimidos do que os pacientes com incapacidades similares com outras doenças. A depressão pode ser um sintoma da apresentação da DP. Não há dados sólidos que demonstrem uma relação entre a gravidade da doença motora e a gravidade da depressão. No tratamento da depressão de pacientes com DP, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) são geralmente os fármacos de primeira linha. Você deve estar ciente, no entanto, da possível interação entre a selegilina, um medicamento antiparkinson que é um inibidor seletivo da monoamina oxidase (IMAO), e os ISRSs. Como outros pacientes doentes gravemente deprimidos, a terapia eletroconvulsiva pode ser uma boa opção de tratamento se os medicamentos não forem eficazes.

A ansiedade é outro sintoma psiquiátrico comum em pacientes com DP. Na maioria dos casos, é comórbida com a depressão. Pode ser bastante incapacitante e mais do que uma simples reação à doença. O tratamento é similar ao tratamento de indivíduos que apresentam ansiedade sem DP.

A DP também está associada a déficits cognitivos, o que sugere uma demência subcortical que se apresenta com prejuízo da função executiva. O uso de inibidores da colinesterase na demência por DP pode resultar na piora dos sintomas do paciente,

causando, assim, um declínio na função. A demência por corpúsculos de Lewy, uma variante da DP, é mais uma demência cortical similar à DA.

Recentemente, observou-se que transtornos do sono também são manifestações de DP. Esses incluem insônia, excesso de sono durante o dia e ataques de sono. Isso pode incapacitar ainda mais os pacientes e está associado a alucinações e agitação noturnas.

Agentes anticolinérgicos e dopaminérgicos usados para tratar a DP podem causar ilusões, alucinações, mania, ansiedade e confusão. As ilusões são de natureza persecutória. Alucinações visuais são um efeito colateral de medicamentos usados para tratar a DP. A confusão ocorre particularmente em pacientes com prejuízo cognitivo prévio que usam agentes anticolinérgicos.

ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Nos Estados Unidos, os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) estão entre as causas mais comuns de mortalidade e morbidade entre os idosos. A maioria dos AVCs ocorre devido a infartos cerebrais causados por fenômenos tromboembólicos. Uma porcentagem menor de AVCs deve-se a hemorragia intracerebral e/ou hemorragia subaracnoide.

A maioria dos pacientes que sofrem AVCs exibe fraqueza ou paralisia contralateral das extremidade superiores e inferiores, enquanto alguns apresentam déficits sensoriais. As características neurológicas dos AVCs geralmente estão relacionadas à localização da lesão. Dentre suas características psiquiátricas mais comuns, estão as expressões emocionais patológicas de depressão, mania e ansiedade, isto é, referimo-nos a expressão de emoções que não estão diretamente relacionadas a um estado de ânimo que o paciente está sentindo. As emoções patológicas em uma vítima de AVCs são diferentes da paralisia bulbar, no sentido de que não há paralisia dos músculos voluntários da face. Choro ou riso patológico não são provocados por qualquer estímulo. Quando ocorrem, não estão relacionados a qualquer alteração de humor antes, durante ou depois da expressão do choro ou riso patológico. Alguns estudos demonstraram que os antidepressivos (p. ex., nortriptilina, citalopram, fluoxetina e sertralina) são eficazes para reduzir o choro patológico pós-AVC.

É bem conhecido que há uma relação entre a ocorrência de um AVC e o desenvolvimento subsequente de depressão. A prevalência desta após um AVC agudo varia de 20 a 50%. A controvérsia está na questão de a localização da lesão ter ou não uma relação com a ocorrência de depressão. Ou seja, os pacientes com lesões na região frontal esquerda e nos gânglios basais esquerdos apresentam maior probabilidade de desenvolver uma depressão importante. Além disso, cogita-se o fato de que pessoas deprimidas apresentam maior risco de sofrer um AVC. Vários estudos demonstraram que os antidepressivos funcionam para pacientes com depressão pós-AVC. Há relatos de que a eletroconvulsoterapia é eficaz nesse caso. Os psicoestimulantes também foram usados com bons efeitos. O manejo não farmacológico da depressão, como terapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo, é útil e deve ser tentado. Independentemente de o estado de ânimo e sua expressão estarem ou não relacionados à localização do dano no cérebro, você deve ser capaz de reconhecer que o paciente com um AVC geralmente sofreu perdas graves em várias esferas. Essas perdas incluem os déficits motor e cognitivo que podem prejudicar a capacidade da pessoa de funcionar como pai, avô ou membro útil da sociedade. Isso pode ser bastante arrasador e ser responsável pelo grau de depressão que o paciente venha a sofrer.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

A EM é uma doença autoimune que representa uma das causas mais comuns de incapacidade envolvendo o sistema nervoso em adultos jovens. As características neurológicas costumam envolver várias funções sensoriais e motoras diferentes. Trata-se de uma doença crônica que apresenta vários padrões: a forma reincidente-remissiva, na qual ocorrem ataques agudos e a incapacidade acumula-se com o tempo; a progressiva secundária, na qual a fase inicial é reincidente e remissiva, seguida pela progressão da doença com aumento da incapacidade; a progressiva primária, na qual a doença é progressiva desde o início; e a reincidente progressiva, na qual a doença começa progressiva, com reincidências sobrepostas.

A EM é mais comum em mulheres, ocorrendo no final da segunda década de vida, antes do que nos homens. O diagnóstico

depende da história e do exame clínico, que inclui um extenso exame neurológico. Imagens de ressonância magnética podem ser importantes para confirmar o diagnóstico, assim como para o monitoramento do curso da doença. As características neurológicas incluem problemas visuais que podem levar à cegueira; problemas de marcha e equilíbrio que podem progredir para paraplegia, espasticidade e ataxia; síndromes sensoriais; disfunção do intestino e da bexiga e déficits cognitivos, particularmente memória recente, manutenção da atenção, velocidade do processamento cognitivo e racionalização conceitual. Às vezes, essa condição pode se apresentar com sintomas visuais transitórios e nenhum outro sinal ou sintoma, durante vários anos. Há uma alta prevalência de depressão nessa população (14 a 57% em estudos diferentes), sobretudo naqueles que apresentam o curso recorrente-remissivo. A EM é uma doença progressiva e imprevisível. No entanto, o grau de incapacidade física devido à doença não está relacionado ao risco de desenvolver a depressão. Atualmente, sugere-se que esta esteja relacionada a mecanismos imunopatológicos. O tratamento para depressão nessa população deve incluir intervenções psicoterapêuticas que foquem o significado da progressão ou das recidivas da doença na vida dos pacientes, assim como outras questões psicossociais. A terapia em grupo e a terapia cognitivo-comportamental demonstraram ser eficazes no caso de pacientes com EM que sofrem de depressão. Medicamentos, como desipramina, ISRSs e outros, também foram eficazes. A desipramina tem sido usada como o fármaco de primeira linha na EM já que suas propriedades anticolinérgicas também melhoram a função da bexiga em tais pacientes.

A emocionalidade patológica, como foi previamente discutida em pacientes com AVC, também pode ser observada em pacientes com EM, assim como nos que apresentam outros transtornos neurológicos. Os pacientes não são capazes de controlar essa desinibição da expressão emocional. A amitriptilina de baixa dosagem tem sido usada com eficácia (10 mg duas ou três vezes por dia) nessa síndrome, assim como medicamentos ISRS. O transtorno bipolar demonstrou ser mais prevalente em pacientes com EM do que na população geral (10 vs. 1%). Ainda não se sabe exatamente porque isso ocorre. O tratamento é como o dos outros transtornos bipolares, utilizando estabilizadores do humor. Se a mania for secundária aos esteroides usados para tratar as características neurológicas desse transtorno, um breve

curso de antipsicóticos pode ser usado sem estabilizadores do humor. Também há alguma forma de euforia em pacientes com EM que não é exatamente como a mania, que tende a ocorrer em pacientes com doença cerebral difusa. Tais pacientes apresentam um otimismo não flutuante, que não se justifica por sua condição presente. Isso não precisa ser tratado.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. O psiquiatra de interconsulta pode ser integrado à equipe neurológica e fazer visitas a pacientes agudos hospitalizados.
2. O psiquiatra costuma ser bem recebido, sendo necessário que trabalhe em clínicas ambulatoriais de especialidades ou com organizações de pacientes, como EM, DP ou grupos pós-AVC. Nesses *settings*, pode haver oportunidades de palestrar, atender pacientes no local ou dirigir grupos.

Aspectos psiquiátricos da cirurgia e do transplante

Conceitos essenciais

- No período pré-operatório, o psiquiatra interconsultor costuma ser chamado para avaliar a capacidade do paciente em assinar o formulário de consentimento, o que precisa ser prontamente atendido, já que a cirurgia pode ser suspensa até que essa questão seja resolvida.
- Antes e nos momentos imediatamente após a cirurgia, qualquer avaliação quanto a medicamentos psicotrópicos deve considerar o potencial de síndrome de abstinência e, claro, a interação medicamentosa.
- A consciência intraoperatória, experimentada por 0,5 a 2% dos pacientes, pode resultar em sintomas de estresse pós-traumático.
- O diagnóstico e o tratamento adequados do *delirium* e o controle apropriado da dor são os maiores desafios para o psiquiatra na fase pós-operatória.
- Deve-se prestar atenção à dinâmica psicológica subjacente no recebedor e no doador quando há um doador vivo para um transplante.

Muitas das questões que os psiquiatras de interconsulta encontram no *setting* cirúrgico são abordadas em vários capítulos deste livro e podem ser encontradas rapidamente no índice. Os temas mais pertinentes são: *delirium*, dor, capacidade, morte e o ato de morrer, transtornos factícios, queimadura, trauma e psico-oncologia. Esses tópicos são tratados em capítulos específicos.

MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA

As interações medicamentosas são sempre importantes, sobretudo quando o paciente tem complicações médicas. Com frequência, é necessário tomar decisões quanto a retirada da medicação psicotrópica do paciente durante a hospitalização

para um procedimento cirúrgico. Diante de um período longo, a medicação pode ser reduzida de forma gradual para evitar a síndrome de abstinência. Dependendo da cirurgia, pode haver um prolongado período no qual apenas determinados medicamentos podem ser administrados via parenteral. Sabe-se que um medicamento como o carbonato de lítio flutua em níveis potencialmente tóxicos quando há alterações de eletrólitos ou desequilíbrio de fluidos, que podem ocorrer durante a cirurgia e no período pós-operatório. Portanto, a cessação do lítio durante essa fase costuma ser prudente. Vimos nossos colegas cirurgiões ficarem chateados com a recomendação de que um paciente bipolar tivesse o lítio ou outros estabilizadores de humor suspensos devido ao seu temor de que pudesse ocorrer um “episódio maníaco” no período pós-operatório. Em geral, é mais fácil lidar com o desenvolvimento de um comportamento maníaco do que encarar uma potencial insuficiência renal devido à toxicidade por lítio.

Demonstrou-se que pacientes que usaram antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) podem sofrer maior perda de sangue durante a cirurgia e maior chance de precisarem de transfusões de sangue, o que não se observa com outros medicamentos antidepressivos.

Diante da necessidade de uma cirurgia de emergência, não costuma haver tempo para reconsiderar se os psicotrópicos devem ser reduzidos. Nesses casos, pode haver uma síndrome de abstinência de medicamentos como benzodiazepínicos ou opíatos ou síndrome de descontinuação de ISRSs. Em casos de alcoolismo, pode haver síndrome de abstinência do álcool e até *delirium tremens*. O consultor precisa estar alerta porque, às vezes, a anestesia geral, benzodiazepínico e/ou narcótico administrados como parte do cuidado pós-operatório, pode mascarar sintomas devido à cessação abrupta da medicação ou do álcool.

FASE PRÉ-OPERATÓRIA

As consultas psiquiátricas costumam ser solicitadas para avaliar a capacidade do paciente de dar permissão para a cirurgia (ver Cap. 15). *Delirium*, demência, psicose, depressão grave e ansiedade são os motivos mais comuns para essa solicitação. A ansiedade pré-operatória, especialmente em crianças, costuma

ser tratada com benzodiazepínicos. Os cirurgiões em geral preferem não operar um paciente muito deprimido, tendo a convicção de que ele não sobreviverá à cirurgia, embora não conheçamos qualquer pesquisa baseada em evidências que apoie essa preocupação. Se a condição psiquiátrica de um paciente pode ser colocada em remissão sem prejudicar a saúde física do indivíduo, normalmente é preferível instituir o tratamento psiquiátrico antes da cirurgia.

Às vezes, a preocupação do paciente pode estar relacionada a medo e ansiedade quanto a não sobreviver à cirurgia ou não sair da anestesia. A cirurgia, em especial com anestesia geral, sempre pode ser experimentada como uma situação de risco à vida. O caso a seguir ilustra uma complicação inesperada dessa realidade.

EXEMPLO CLÍNICO: “O HOMEM SEM VOZ”

Um homem de 56 anos tinha uma cirurgia de revascularização cardíaca programada. No dia anterior à cirurgia, perdeu completamente a voz, embora não houvesse anormalidades físicas para esse sintoma. Ele não tinha história psiquiátrica anterior. Era casado, tinha dois filhos e parecia ter uma relação muito boa com a esposa, que o apoiava muito. Ele compreendia que precisava da cirurgia e estava muito cooperativo, mas não tinha ideia do motivo pelo qual havia perdido a voz. Não havia evidências de depressão, psicose ou qualquer indicação de conflito. O paciente comunicava-se por escrito. Uma sessão exploratória pelo consultor não revelou fatores psicológicos para a perda da voz. O psiquiatra então examinou o paciente quanto à hipnotizabilidade por meio da técnica de rolagem de Spiegel, e concluiu que era +4 (altamente hipnotizável). O paciente concordou em ser hipnotizado e entrou com facilidade em transe profundo. Então, pediu-se mais uma vez que expressasse seus sentimentos quanto à cirurgia, enquanto estava em transe. No início, comunicava-se pelo movimento dos lábios, mas então começou a chorar. Sua voz retornou enquanto estava em transe. Ele disse que não suportava dizer adeus à esposa e acreditava que ela não seria capaz de cuidar de tudo sem ele. Depois, após a hipnose, teve duas sessões com o psiquiatra, discutindo melhor o assunto, e sua voz retornou gradualmente de um sussurro para uma voz normal.

CONSCIÊNCIA INTRAOPERATÓRIA

Há um fenômeno de consciência intraoperatória após o qual o paciente relata alguma consciência do que aconteceu durante a cirurgia, talvez se lembrando da música que tocou no centro cirúrgico. Em casos extremos, o paciente pode de fato se tornar consciente durante a cirurgia e, nesse caso, experimentar estar todo paralisado e possivelmente com dor intensa. A última situação é muitíssimo rara, e qualquer tipo de consciência intraoperatória é estimada em 0,5 a 2%. As sequelas da consciência intraoperatória podem incluir *flashbacks*, pesadelos e outros sintomas de estresse pós-traumático. Esses sintomas indicariam o tratamento, se persistissem.

FASE PÓS-OPERATÓRIA

O *delirium* é um dos problemas pós-operatórios mais comuns que os psiquiatras tratam após as cirurgias (esse tema é discutido em outro capítulo). Com frequência, em uma solicitação para atender um paciente e avaliá-lo quanto à depressão, você descobrirá que o problema é *delirium*.

O controle da dor é outro problema que desencadeia uma solicitação de consulta psiquiátrica após a cirurgia (isso também é abordado em outro capítulo). É importante reconhecer inicialmente que o paciente pode não reclamar de dor, sendo necessário questionar o quão intensa é a dor pós-operatória. Os pacientes também podem sentir que devem evitar qualquer medicação para dor por temerem o vício. Nessas situações, eles precisam ser tranquilizados de que isso não acontecerá se a medicação for tomada sob supervisão adequada e reduzida durante o período de recuperação.

Qualquer tipo de cirurgia tem o potencial de fazer com que o paciente se sinta desfigurado e mutilado. A cirurgia pode resultar em perda de função, imagem corporal ruim e sentimentos graves ou diminuídos de autoestima. Cirurgia pélvica, prostatectomia, osteotomia, cirurgia de garganta e mastectomia são particularmente conhecidas por gerarem estresse psicológico e, às vezes, resultarem em depressão significativa. Quando for chamado para ver um paciente após uma cirurgia, que não seja para tratamento de apoio

sintomático e avaliação de potencial suicida, a melhor intervenção pode ser um encaminhamento sensível para seguimento ambulatorial. Isso deve ser feito de modo que o paciente não sinta que o consultor esteja sugerindo que, no momento, são ainda mais defeituosos psicologicamente. Em vez disso, o consultor precisa transmitir a ideia de que muitas pessoas têm reações emocionais após a cirurgia e que o seguimento psicológico pode ser muito útil como parte da recuperação do procedimento cirúrgico.

TRANSTORNOS FACTÍCIOS

Os pacientes com transtorno factício são conhecidos por fornecer uma história fictícia e/ou simular uma doença, o que pode levar à necessidade de uma ou até múltiplas cirurgias. Tais pacientes podem beneficiar-se de uma doença existente e/ou interferir em uma ferida em cicatrização, talvez introduzindo material contaminado ou refraturando um osso, levando a mais um procedimento cirúrgico. Esses indivíduos costumam ter numerosas cicatrizes cirúrgicas e o chamado trilho de ferrovia ou abdome xadrez (ver Cap. 13 para a discussão dos transtornos factícios).

CIRURGIA CARDÍACA

O período entre o primeiro aparecimento dos sintomas cardíacos e a recomendação da cirurgia pode compreender, literalmente, apenas algumas semanas ou dias e, às vezes, até menos. Devido à urgência envolvida, é incomum que os psiquiatras sejam consultados nessas situações, mesmo quando o paciente está muito ansioso ou deprimido. Em alguns casos, entretanto, sobretudo quando há negação ou resistência incomum a uma cirurgia que pode salvar a vida, você poderá ser chamado. Nessas situações, muitas vezes concluímos que até mesmo os pacientes com medos intensos podem não discuti-los, a menos que sejam convidados a fazê-lo. Esse é um bom momento para ensinar exercícios de relaxamento, meditação, auto-hipnose e outros tipos de manejo do estresse. Essas técnicas também são de valor para os outros tipos de cirurgia já que os pacientes enfrentam ansiedade por antecipação.

No momento em que o paciente se torna candidato a um transplante cardíaco, muito provavelmente já está à beira da morte. O medo de não conseguir o transplante é capaz de causar um luto antecipado, visto que ele sente que “seu tempo está acabando”. Psicoterapia de apoio e tratamento sintomático podem ser úteis nesse caso. Pode-se pedir que psiquiatras façam parte da equipe de pré-avaliação. Demonstrou-se que boas habilidades de luta e apoio social, assim como uma boa conformidade pré-transplante com os esquemas de tratamento são os melhores fatores de predição da sobrevida.

Portanto, é importante que você avalie a presença de síndromes do humor, problemas de ajuste familiar, abuso de substâncias e história de não conformidade com tratamentos nos pacientes antes do transplante. Essas informações serão úteis no planejamento do cuidado pós-transplante. Fique atento, no entanto, para não ser atraído para situações nas quais peçam que você decida se um paciente deverá ou não receber um transplante (e, portanto, viver ou morrer), com base em diagnóstico psiquiátrico. É importante não parecer um policial para que possa conquistar a confiança do paciente. Em vez disso, é preciso se concentrar em fazer uma avaliação psiquiátrica objetiva, que considere os apoios sociais do paciente, sua motivação e compreensão, assim como seu potencial para conformidade com o complicado esquema pós-transplante. É importante que a equipe de transplante tenha critérios baseados em dados cientificamente válidos para exclusão, nos quais poderá basear sua decisão.

Há uma variedade de outras questões específicas relativas a pacientes de transplante cardíaco sobre as quais você poderá ser chamado para consulta. Os familiares de pacientes que passaram por um transplante costumam sentir um grande estímulo emocional, podendo precisar de apoio psicológico. Qualquer coisa que você possa fazer para minimizar os efeitos negativos da experiência do transplante sobre o cuidador também ajudará indiretamente o paciente. Os sintomas do transtorno do estresse pós-traumático são uma complicação para alguns pacientes de transplante cardíaco. O uso de imunossupressores, como esteroides e medicação antirrejeição (i.e., ciclosporina), pode resultar em *delirium*, depressão e manifestações psicóticas (p. ex., ilusões e alucinações visuais e auditivas).

Tenha em mente que o paciente percebe que está sobrevivendo apenas porque outra pessoa morreu, e que agora tem o coração daquela pessoa. Com frequência, há culpa do sobrevivente, assim como uma identificação com o doador, não importa se o recebedor o conhece realmente ou não. O recebedor pode desejar conhecer a família do doador e até mesmo estabelecer uma relação com ela.

***Delirium* pós-operatório na cirurgia cardíaca**

Parece haver maior risco de *delirium* após a cirurgia cardíaca do que em outros tipos de cirurgia. Talvez isso esteja relacionado com o tempo passado em circulação extracorpórea. Você pode ser chamado para ajudar no manejo desses pacientes. Deve sempre considerar a possibilidade de todas as causas usuais do *delirium*, incluindo, mas não se limitando a, eventos cerebrovasculares (p. ex., embolias, septicemia, efeitos colaterais e interações medicamentosas e alterações metabólicas). Os medicamentos usados para controle da dor, particularmente a meperidina, podem ser os responsáveis, e trocá-los por um fármaco alternativo para controle da dor, como a morfina, pode ser útil. Nos pacientes pós-cardiotomia, uma etiologia específica para o *delirium* pode não estar evidente. Não obstante, o tratamento sintomático deve ser instituído (ver Cap. 10).

EXEMPLO CLÍNICO: CONFUSO APÓS CIRURGIA DE PEITO ABERTO

Um executivo bem-sucedido de 70 anos recebeu o diagnóstico da necessidade de cirurgia de revascularização do miocárdio. Ele já tinha dois enxertos realizados em cirurgias de peito aberto, sem quaisquer complicações. No segundo dia após a cirurgia, ficou agudamente agitado, arrancando os acessos venosos e agindo de modo paranoide. Não haviam sido identificados sintomas, sendo-lhe solicitada uma consulta psiquiátrica. O paciente foi diagnosticado como sofrendo um ataque agudo de *delirium*. Ele recebeu haloperidol intravenoso, e a equipe cirúrgica foi aconselhada a procurar uma possível etiologia orgânica para o *delirium*. Determinou-se que o paciente apresentava hiperglicemia diabética não diagnosticada anteriormente. Conforme seus sintomas começaram a diminuir, passou para risperidona, que foi interrompida antes da alta.

AMPUTAÇÃO

A amputação cirúrgica pode ser necessária devido a trauma ou doenças como diabetes e câncer.

Não importa qual seja a causa, uma amputação representa um ataque à integridade do paciente e à sensação de ser completo. A forma com que as consequências psicológicas e sociais são abordadas é tão importante quanto a própria cicatrização após a cirurgia.

Observamos que, alguns dias após uma amputação, os pacientes costumam apresentar uma aparência muito boa. Parecem felizes e dizem estar ansiosos para o tratamento fisioterapêutico. O consultor novato pode acreditar erroneamente que o paciente está se saindo bem e que não precisa de seguimento. Na realidade, é provável que o que se esteja vendo seja a negação, e esses indivíduos ainda estão bastante vulneráveis ao surgimento de depressão grave.

- *Fenômenos fantasmas* – referem-se ao paciente sentir o membro amputado como se ainda estivesse presente, e é uma consequência universal da amputação. A dor do tipo fantasma é sentida como sensações dolorosas, no lugar do membro amputado. O paciente sente como se o membro ausente ainda estivesse presente e causando extrema dor. Pelo menos 80% dos pacientes sentirão a dor fantasma. Uma teoria comum para explicar essas sensações é que uma representação cortical do membro ausente é criada no cérebro.
- *Resposta ao sofrimento* – após um período inicial de negação, o amputado costuma passar por um período de raiva. Como não se pode facilmente ter raiva de algo que não existe, é provável que ela seja deslocada a terceiros ou à própria pessoa. A intensa resposta ao sofrimento é similar à experiência de se perder um ente querido. Entretanto, o paciente não sofre apenas pelo membro perdido, mas também por sua autoimagem anterior.

Conforme o paciente passa por esse estágio, pode passar a se preocupar com uma nova prótese. Pode haver expectativas não realistas sobre esta, que podem resultar em desapontamentos para os pacientes e suas famílias. Viver com uma prótese

pode trazer isolamento social que, por sua vez, pode causar ou intensificar sintomas depressivos. Pesadelos e *flashbacks* são comuns após a amputação, e geralmente diminuem com o tempo e a frequência de episódios. Grunert e colaboradores descreveram três tipos de *flashbacks* que apresentavam significância para o prognóstico:

1. *Replay* – reviver os eventos imediatamente anteriores ao acidente e continuar até o momento da lesão (mais de 90% dos pacientes que reviveram os eventos retornaram aos empregos).
 2. Avaliação – imagem do membro ferido imediatamente após o *replay*.
 3. Projeção – uma imagem das lesões piores do que a lesão real. (Os pacientes com uma combinação dos dois últimos tipos apresentaram uma menor probabilidade de retornar ao trabalho.)
- *Reimplantação* – há cada vez mais experiência cirúrgica com a reimplantação de dedos das mãos e dos pés, de membros e de órgãos genitais masculinos amputados após lesões traumáticas. Conforme ilustrado no caso a seguir, o estado psicológico antes do acidente influencia o estado emocional após a reimplantação.

EXEMPLO CLÍNICO: ACEITANDO A RESPONSABILIDADE

Um homem de 24 anos, após ter uma briga com a namorada, estava preocupado e dirigia com imprudência por uma esquina molhada. Perdeu o braço direito no acidente que se seguiu e teve o membro reimplantado com sucesso. Ele continua a culpar a namorada pelo ferimento. Os problemas com a aceitação da responsabilidade tornaram-se o maior foco de sua reabilitação e sua incapacidade de recuperar a função do membro. Somente depois de passar por terapia para ajudá-lo a passar pelo estado de “desesperança adquirida”, ele foi capaz de progredir para uma melhor recuperação.

As mesmas questões psicológicas descritas para o paciente de queimadura e trauma são relevantes após uma reimplantação. Os *flashbacks* podem ser particularmente gráficos, por haver

um foco na ideia de mutilação. Haverá aumento da ansiedade especificamente quanto à sobrevida física do membro reimplantado. Às vezes, são usadas sanguessugas para promover o fluxo sanguíneo da extremidade intumescida, e isso pode causar uma resposta psicológica. A equipe pode dizer ao paciente que seu membro azulado, inchado e sem funcionamento está “ótimo”, mas é provável que o paciente sinta pavor de perder o membro de novo. A intervenção terapêutica pode lhe dar a chance de verbalizar esses temores e lidar com a ansiedade por antecipação relacionada à perda.

CIRURGIA DE TRANSPLANTE

Os transplantes cardíaco, hepático e renal são mencionados em outras seções do livro. Transplantes de pulmão, pâncreas e medula óssea também são realizados com frequência em muitos centros clínicos. Mais recentemente, transplantes de tecido cerebral, membros e face também têm sido feitos em nível limitado.

Os transplantes podem vir de um doador vivo, para rins, parte do fígado ou medula óssea, ou de cadáveres. Raramente, ocorrem os chamados transplantes dominós, nos quais são feitos múltiplos procedimentos sequenciais. Por exemplo, um fígado em uma pessoa produz proteínas nocivas anormais, mas funciona bem em outra. Então, é retransplantado em outro indivíduo, enquanto aquele doador recebe um transplante de doador vivo ou de cadáver. Em outros casos, realiza-se um transplante de coração e pulmão em um paciente com coração normal, mas cujas chances de sucesso são melhores se os dois órgãos forem transplantados. Portanto, o coração normal vai para outro paciente. Outras situações envolvem doadores vivos de rins que não são compatíveis com seus entes queridos, mas sim com um terceiro. Portanto, múltiplos procedimentos podem ser feitos em sequência ou simultaneamente.

Cada tipo de situação de transplante apresenta suas próprias questões específicas e fatores e conflitos psicossociais concorrentes. O psiquiatra costuma fazer parte da equipe de transplante e precisa compreender os fatores psicológicos comumente envolvidos após o transplante de uma pessoa viva. A principal atenção é concentrada com grande júbilo no recebedor, quando tudo parece ter corrido bem, o que pode fazer o doador, que é na verdade o

“herói”, sentir-se negligenciado. Se o transplante falhar, o doador e o recebedor podem sentir grande perda e culpa. O acompanhamento psicológico pode ser útil nessas situações.

O paciente costuma sentir muita ansiedade durante o período de espera para o transplante, já que ele não se preocupa apenas com a própria saúde e vida, mas também tem a preocupação de saber se está ou não no topo da lista para conseguir o próximo transplante. Às vezes, há complicadas dinâmicas familiares, conforme os membros da família pedem para ser testados, a fim de determinar se são ou não compatíveis para a doação.

Em casos de transplante de cadáver, o recebedor se encontra na situação de esperar que alguma pessoa anônima morra, para que possa conseguir o transplante. Alguns pacientes desejam conhecer a família do doador, e algumas famílias de doadores desejam conhecer o recebedor. Haverá diversas diretrizes locais a serem seguidas, assim como as necessidades da situação clínica. Alguns pacientes afirmaram acreditar que adquiriram algumas das características do doador. Não há validade para tal possibilidade, mas as questões psicológicas envolvidas aqui podem precisar de avaliação.

SELEÇÃO PARA O TRANSPLANTE

Os fatores psicossociais geralmente estão incluídos nos critérios de seleção para o transplante, e com frequência há um psiquiatra ou outro profissional da saúde mental fazendo parte da equipe de transplante. Também há escalas, como a Escala de Leitura de Avaliação para Transplante (Transplant Evaluation Reading Scale). Existem variações, dependendo do órgão, do hospital, do cenário clínico e da situação clínica individual, quanto ao uso ou não dos dados psicológicos como fatores determinantes para estabelecer o lugar na lista de transplante ou se um paciente deve receber o transplante. Há discordância em relação ao fato de a adesão à medicação pós-transplante poder ser antecipada até mesmo pelo comportamento pré-transplante, como a conformidade à diálise ou à abstinência ao álcool. No período após o transplante, o psiquiatra deve estar alerta à interação medicamentosa entre qualquer medicação psicotrópica e os últimos medicamentos imunossupressores que estão sendo usados. Conforme as fronteiras para a cirurgia de transplante

avançarem, o mesmo acontecerá com os desafios do psiquiatra interconsultor. As questões médicas e farmacológicas se tornarão mais complicadas, assim como o significado psicológico e o impacto do transplante e o ajuste psicológico. Isso pedirá uma nova compreensão psicológica e novas técnicas psicoterapêuticas.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Programas cirúrgicos especializados às vezes incluem psiquiatras como parte de sua abordagem em equipe. Isso é comum em unidades de queimadura e trauma. Outras equipes cirúrgicas, como a bariátrica para obesidade, a para câncer (em especial para mastectomias) e a de cirurgias radicais de orelha, nariz e garganta (particularmente após laringectomias), são conhecidas por usar psiquiatras com abordagem de inter-relação.
2. Sabe-se que situações especiais em cirurgia costumam trazer complexas questões psiquiátricas. Se os psiquiatras tiverem uma relação de trabalho com o cirurgião, podem se envolver no planejamento de situações cirúrgicas incomuns. Por exemplo, situações que podem incluir amputação, reimplantação, separação de gêmeos siameses, cirurgia de olho ou orelha que resulte em cegueira ou perda da audição ou, ao contrário, na restauração desses sentidos, transplantes faciais e situações de transplante em “dominó”.
3. Os psiquiatras podem ser designados para várias equipes de transplante em um papel de inter-relação. Nessas situações, podem avaliar todos os recebedores e doadores, quando viável. Isso também os colocará em uma melhor situação para avaliar questões psiquiátricas pós-operatórias.

Psiquiatria no vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida

Conceitos essenciais

- A síndrome do vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma entidade dinâmica, então você deve se manter continuamente atualizado no desenvolvimento do diagnóstico e do tratamento.
- Pacientes infectados com o HIV são muito sensíveis a medicamentos, sobretudo aos efeitos colaterais que afetem o sistema nervoso central. Portanto, “comece devagar e vá devagar”, sempre que estiver tratando de indivíduos infectados com o HIV.
- Pacientes com HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) costumam usar múltiplos medicamentos. É imperativo que saiba quais são eles, já que podem estar interagindo com os que você está prescrevendo. Além disso, esses medicamentos também apresentam manifestações neuropsiquiátricas.
- Você não deve descartar os sintomas depressivos como consequências “normais” do diagnóstico de uma doença terminal. Sempre é necessário fazer uma avaliação completa e um tratamento adequado.

Com o advento da terapia antirretroviral altamente ativa ou com o que hoje é conhecido como terapia antirretroviral combinada (CART), os índices de morte por AIDS diminuíram. No entanto, a prevalência de HIV continua a aumentar, e dados recentes de vigilância do HIV revelaram que o aumento é observado em homens jovens que fazem sexo com homens. Mais pessoas estão vivendo por mais tempo com o vírus, por isso, algumas pessoas estão assumindo comportamentos mais arriscados.

Segundo os dados de vigilância mais recentes do Centers for Disease Control and Prevention, revisados em junho de 2007,

foram estimados 41.987 casos de AIDS em 2005, em 2004, foram 40.655 casos, com um total acumulado de 984.115 casos de AIDS nos Estados Unidos em 2005. Nossa compreensão da epidemia de HIV percorreu um longo caminho desde os dias em que apenas homens brancos homossexuais eram considerados vulneráveis à doença. Os perfis de infectados pelo vírus não são apenas de homens homossexuais ou de usuários de drogas intravenosas; agora também incluem os mais velhos, chamados grupo etário geriátrico e mulheres. O HIV infectou e continua a infectar homens, mulheres e crianças de vários grupos etários, etnias, orientações sexuais, classes socioeconômicas e características culturais diferentes. Além das complicações médicas às quais os indivíduos infectados com HIV estão suscetíveis, a doença pode causar uma variedade de problemas psiquiátricos. Por essa razão, é bastante comum encontrar esses pacientes no *setting* de interconsulta psiquiátrica.

A RELAÇÃO ENTRE OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Os transtornos psiquiátricos interagem com o HIV de diversos modos.

1. Há pacientes com transtornos psiquiátricos pré-mórbidos (p. ex., transtorno afetivo, esquizofrenia e abuso de substâncias) que existiam antes da infecção.
2. Há pacientes impactados por eventos da vida real (p. ex., perda do emprego, morte de um parente, etc.) não relacionados à infecção por HIV.
3. Há fenômenos psiquiátricos secundários a condições médicas (p. ex., *delirium* secundário a septicemia e demência secundária a causas médicas) que são característicos de pacientes com AIDS.

Há determinados pontos no curso da infecção por HIV em que os pacientes estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos:

1. *Na soroconversão.* A descoberta de seu estado pode causar ansiedade grave, depressão, transtorno psicótico breve, transtorno por estresse agudo ou síndrome do tipo do transtorno por estresse pós-traumático (TEPT), entre outros.
2. *Durante a adaptação a um período essencialmente assintomático.* O paciente HIV-positivo (mas assintomático) sente-se muito ansioso e fica muito vigilante a quaisquer lesões corporais e outros sintomas físicos.
3. *Durante a transição para a doença sintomática.* Quando os pacientes começam a desenvolver infecções oportunistas, podem desenvolver transtornos psiquiátricos a partir do próprio processo da doença, dos medicamentos usados para tratar as complicações do HIV e as reações emocionais a doença.
4. *Quando os pacientes desenvolvem AIDS franca.* Uma das complicações psiquiátricas mais comuns da AIDS é o *delirium*, que é frequentemente observado quando os pacientes desenvolvem a AIDS em sua totalidade. Outra síndrome psiquiátrica comum durante esse estágio é a demência associada ao HIV.
5. *Quando os níveis de CD4 e da carga viral flutuam.* A ansiedade e a depressão costumam acompanhar as reações dos pacientes à diminuição das contagens de células de CD4 e ao aumento das cargas virais.
6. *Quando os pacientes estão recebendo os medicamentos da CART.* Os medicamentos CART em si podem causar efeitos colaterais neuropsiquiátricos. Além disso, há questões psicológicas relacionadas à aceitação do paciente em usar esses fármacos.

As condições psiquiátricas observadas na AIDS/HIV são demonstradas na Tabela 12.1. Uma das tarefas mais importantes no tratamento desses pacientes é identificar se uma condição psiquiátrica é ou não secundária à etiologia médica (p. ex., devido a medicamentos, linfoma no cérebro, etc.). Se uma condição se resolver como resultado de uma intervenção médica, pode tornar o uso de psicotrópicos desnecessário.

Tabela 12.1 Transtornos psiquiátricos na presença do vírus da imunodeficiência humana

Transtornos depressivos
Transtornos de ansiedade
Transtornos por uso de substâncias
Transtornos cognitivos
Dor
Transtornos de ajustamento
Transtornos do sono
Transtornos sexuais
Transtornos maníacos
Transtornos psicóticos
Transtornos da personalidade

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DA SOROCONVERSÃO

Quando um indivíduo é diagnosticado com HIV, ele passa por estágios bastante similares àqueles já descritos na abordagem do câncer e da morte. Durante a crise inicial, ele apresenta emoções intensas. Entra em choque, sente raiva, medo e a negação costuma ser forte. Não é incomum que um paciente apresente descrença no diagnóstico inicial e solicite repetição dos exames e segundas opiniões. Esses pacientes podem não ser capazes de assimilar e compreender o que lhes está sendo revelado. Quando a negação passa, ele sente sofrimento e raiva. Culpa, autopiedade, depressão e atuação estranha substituem a negação nesse estágio de transição. Respostas disfuncionais incluem: “Vou morrer de qualquer maneira, então vou continuar a usar drogas e ser feliz.” ou “Se estou infectado, vou infectar outras pessoas também.”. Quando os pacientes atingem o estágio da aceitação, costumam desenvolver um espírito de luta e se tornar ativistas de campanhas de prevenção ao HIV. Podem se tornar bastante ativos em descobrir quais os novos avanços, onde estão sendo feitos estudos com medicamentos e quais as opções alternativas disponíveis para eles. Pode haver um estágio preparatório, no qual os pacientes começam realmente a planejar seus funerais e serviços de velório, podendo compor seus próprios epitáfios. São capazes de tentar reunir-se com entes queridos afastados, redigir

seus testamentos em vida e designar os responsáveis pelos cuidados de sua saúde. É importante lembrar que não há separação definitiva entre os estágios. Eles podem se sobrepor e, em alguns casos, não se manifestar.

A DEPRESSÃO E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

A depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na presença de HIV. Segundo alguns estudos, ocorre em até 30% dos pacientes. Os sintomas depressivos são bastante comuns mas, mais uma vez, deve-se enfatizar que não devem ser considerados “normais”. Uma avaliação completa é essencial. Reconheça que uma variedade de sintomas da depressão pode ser confundida com problemas médicos, podendo resultar em um falso potencial diagnóstico dessa doença. Sugerimos que se dê mais ênfase nos sintomas cognitivos da depressão (p. ex., desesperança, desamparo, culpa, anedonia, etc.) do que nos sintomas neurovegetativos (p. ex., sono, apetite, fraqueza, etc.) a fim de diagnosticá-la em pacientes com AIDS.

Tratamento de depressão

Todos os antidepressivos parecem igualmente eficazes em pacientes com AIDS. Em geral, concluímos que os indivíduos com HIV respondem mais rápido a doses mais baixas do que os sem. Como é normal os pacientes com HIV/AIDS usarem múltiplos medicamentos, as interações medicamentosas com os antidepressivos são especialmente prováveis. Os pacientes com AIDS são, de modo particular, sensíveis aos efeitos colaterais de substâncias psicotrópicas e, por esse motivo, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) suplantaram amplamente os antidepressivos tricíclicos como antidepressivos de primeira linha para essa população. Os psicoestimulantes podem ser muito úteis, sobretudo entre indivíduos em condições médicas graves, mas evite-os se seu paciente for psicótico.

SUICÍDIO E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

EXEMPLO CLÍNICO: OS FENOBARBITÚRICOS VENCIDOS

Gerry é um homossexual branco, HIV-positivo, de 34 anos que, com seu parceiro, consultou um médico bastante conhecido por sua posição relacionada à eutanásia. Gerry e seu amante haviam sido recentemente diagnosticados com HIV e, na época, havia apenas a azidotimidina (AZT) para tratamento. Eles pediram e conseguiram prescrições de fenobarbitúricos suficientes para se matarem. Estavam convencidos de que preferiam morrer a sofrer as consequências do HIV. O parceiro de Gerry foi em frente, tomou os comprimidos e morreu, porém Gerry perdeu a coragem. Guardou os comprimidos em sua gaveta e os levou consigo quando se mudou para a Costa Leste, um ano depois. Dizia que precisava sentir que podia controlar sua vida. Três anos depois, ainda mantinha os comprimidos consigo, mas livrou-se deles com a ajuda de seu terapeuta.

A tendência ao suicídio em pacientes com AIDS é uma questão complicada. Pedidos de suicídio assistido e eutanásia podem ser considerados racionais, mas merecem uma avaliação séria para excluir uma condição psiquiátrica tratável. Pesquisas demonstraram índices variados entre grupos diferentes, sendo que os pacientes com AIDS apresentam menores índices de suicídio do que aqueles que têm apenas HIV. Esteja atento ao paciente que decidir interromper o tratamento por complicações potencialmente tratáveis; esse pode ser um gesto de suicídio passivo.

A ANSIEDADE E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Como se pode esperar, a ansiedade é bastante comum em pacientes com HIV. No momento do diagnóstico inicial, ela é mais saliente quanto ao futuro. Os sintomas físicos que, de outro modo, teriam sido ignorados, assumem um significado que causa mais ansiedade e medo. Muitos pacientes tentam esconder sua condição de portador do HIV, orientação sexual, uso de drogas ilícitas e medicamentos que usam, e isso tudo se agrega à sua ansiedade. Uma síndrome do tipo TEPT foi relatada em pa-

cientes ao saberem de sua soroconversão, assim como em outros que sofreram múltiplas perdas devido à AIDS. Você verá todo o espectro de transtornos de ansiedade, desde o transtorno de ajustamento até o do pânico com agorafobia nessa população. Lembre-se de que a ansiedade pode se apresentar como sintomas somáticos e, portanto, pode ser difícil diferenciá-los dos sintomas de outras condições clínicas.

O tratamento da ansiedade

Depois de uma avaliação completa para excluir possíveis causas orgânicas, incluindo o uso de substâncias, é possível tratar a ansiedade usando-se as modalidades farmacológicas ou não farmacológicas. Dentre os medicamentos, os benzodiazepínicos costumam ser a primeira linha, especialmente nos casos em que a condição é limitada pelo tempo. Seja criterioso com esse fármacos ao tratar pacientes com história de uso de substâncias. Para a ansiedade mais crônica, sugerimos os ISRSs ou a buspirona. As técnicas não farmacológicas incluem meditação, relaxamento muscular, *biofeedback*, hipnose, imagística, acupuntura e psicoterapia individual ou em grupo.

TRANSTORNOS PSICÓTICOS E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

A prevalência de psicose em indivíduos infectados pelo HIV é altamente variável. Também é importante incluir no diagnóstico diferencial a possibilidade de ela ser secundária a uma condição médica tratável. A psicose com HIV se deve a vários fatores: infecções oportunistas; efeitos diretos do HIV no cérebro; efeito colateral de medicamentos e outros tratamentos clínico-cirúrgicos; ou sintoma de abuso de substâncias, intoxicação, privação ou transtornos psiquiátricos convencionais, como esquizofrenia e transtorno bipolar.

Tratamento de transtornos psicóticos

Mais uma vez, ao tratar indivíduos infectados pelo HIV, aplica-se o ditado “comece devagar e vá devagar”. Em particular, es-

ses pacientes são muito sensíveis aos efeitos colaterais extrapiramidais e anticolinérgicos dos antipsicóticos. Recomendamos o uso de haloperidol em doses muito baixas, antipsicóticos atípicos mais novos (risperidona, olanzepina e quetiapina) ou molindona.

TRANSTORNOS COGNITIVOS E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Os transtornos cognitivos que ocorrem com o HIV são comumente uma das duas síndromes: transtorno cognitivo-motor leve e demência associada ao HIV (DAH).

O transtorno cognitivo-motor leve é diagnosticado na presença de dois dos seguintes fatores:

1. Prejuízo da atenção/concentração
2. Retardamento mental
3. Prejuízo da memória
4. Movimentos mais lentos
5. Prejuízo da coordenação
6. Alteração de personalidade/irritabilidade/labilidade

Além disso, esses sintomas são verificados por exames neurológicos (p. ex., hiper-reflexia, movimentos oculares saltantes, sinais de liberação frontal e ataxia), o prejuízo funcional é menor do que o exigido para a demência, e não há outra etiologia. Indivíduos infectados pelo HIV apresentam manifestações variadas de DAH. Isso geralmente está associado aos sinais posteriores da doença, embora possa ocorrer como a condição que define a AIDS em pacientes que não apresentam comprometimento imunossupressor grave. Há fatores de risco específicos associados à DAH que incluem idade avançada no diagnóstico, síndrome consumptiva, anemia e história de abuso de substâncias. A demência encontrada em indivíduos infectados por HIV é similar às demências subcorticais observadas na doença de Parkinson ou de Wilson. Com a introdução da potente combinação de fármacos da terapia antirretroviral, que inclui substâncias que penetram a barreira hematoencefálica, a incidência de DAH diminuiu. Em pacientes diagnosticados com DAH, o tratamento com CART, sobretudo as combinações que incluem AZT ou abacavir, causou, no mínimo, uma melhora parcial dos déficits cognitivos.

A DAH inicial costuma ser difícil de ser reconhecida e diferenciada da depressão. Os sintomas podem incluir os seguintes:

1. Apatia
2. Retardamento do processamento de informações
3. Marcha instável ou descoordenação
4. Dificuldade com as tarefas anteriormente automáticas
5. Esquecimento
6. Tremores leves
7. Déficits visuoespaciais

Na DAH tardia, os sintomas podem incluir os seguintes:

1. Características psicóticas
2. Déficit grave de atenção
3. Grave perda de memória
4. Mudanças na personalidade: irritabilidade, mania
5. Ataxia
6. Tremores proeminentes
7. Mutismo, ilusões e alucinações

Conforme já mencionado, a DAH parece melhorar quando os pacientes usam CART. Além disso, o tratamento sintomático pode consistir no uso de baixas dosagens de neurolépticos, na presença de características psicóticas, maníacas ou agitadas. Os antidepressivos podem ser usados na depressão, e agentes ansiolíticos, na ansiedade. O tratamento de apoio inclui sistemas de lembrete (p. ex., cadernos, placas, agendas, alarmes, etc.), falar com o paciente de forma simples e lenta, reorientá-lo, e assim por diante.

DOR E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

O tópico relativo à dor (e HIV) é apresentado no Capítulo 14, que também se aplica a HIV/AIDS. Entretanto, é útil lembrar que os pacientes com HIV/AIDS com dor costumam ser subtratados ou subdiagnosticados. A prevalência da dor nesses pacientes pode ser de até 30 a 80%. As causas geralmente são multifatoriais. A dor pode ser consequência de condições rela-

cionadas ao vírus, efeito colateral de terapias para AIDS/HIV ou não ter qualquer relação com HIV/AIDS.

QUESTÕES ESPECIAIS NA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ATIVA

EXEMPLO CLÍNICO: A CHAMADA NOVA VIDA COM CART

Elizabeth havia sido internada várias vezes após o diagnóstico de HIV em 1985. Parecia bastante doente e estava incapacitada há vários anos. Não usara drogas nos últimos 15 anos. Desde o início dos novos esquemas de “coquetel” para o HIV, no entanto, não fora internada, ganhara peso e não parecia mais “doente”. Sentia-se enérgica e pronta para viver a vida. Não conseguiu encontrar um emprego que desse benefícios para que pudesse continuar o uso de seus medicamentos. A maioria das vagas disponíveis a desqualificaria para auxílio com medicamentos e os benefícios não permitiriam que os usasse. Decidiu, então, continuar desempregada. A vida tornou-se bastante enfadonha, já que estava saudável e tinha muito tempo livre. Então, começou a usar drogas novamente, e logo estava de volta à mesma estrada que havia percorrido antes de contrair AIDS.

Mais medicamentos e classes de medicamentos para o HIV estão sendo descobertos com o passar dos anos. No momento da redação deste texto, as classes incluem inibidores da transcriptase reversa de nucleosídeos/nucleotídeos, inibidores da protease, inibidores de entrada e, mais recentemente, inibidores da integrase. Além disso, há combinações de classes duplas e doses fixas, criadas para melhorar a adesão e simplificar os esquemas de tratamento. É importante que o psiquiatra conheça os medicamentos que o paciente está usando. Em primeiro lugar e acima de tudo está a necessidade de ter consciência das interações medicamentosas. Embora a maioria delas seja essencialmente observada *in vitro*, ainda é nossa responsabilidade ter cautela e estar informado. As interações mais comuns a serem observadas são aquelas entre o ritonavir e os benzodiazepínicos e os hipnóticos. A clozapina e a pimozida são contraindicadas durante o uso de CART. Deve-se ter cuidado também ao usar a bupropiona com inibidores da protease. Além disso, o uso de CART trouxe efeitos colaterais crônicos que podem ser desmoralizantes e levar

à depressão. Esses efeitos incluem anormalidades metabólicas, efeitos colaterais gastrintestinais e lipodistrofia, entre outros. Outra realidade é que os pacientes com HIV/AIDS estão vivendo mais tempo; portanto, são mais vulneráveis a problemas psicológicos associados à vida com uma doença crônica, como estigma, questões financeiras e a difícil batalha contra a tentação do uso de drogas. Agora, mais do que nunca, o cuidado psiquiátrico é parte essencial do tratamento multidisciplinar de pacientes com HIV/AIDS.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

O papel dos psiquiatras no campo do HIV/AIDS tornou-se mais relevante, visto que os pacientes com HIV estão vivendo mais tempo. Isso permite que o psiquiatra de interconsulta faça vários tipos de trabalho de inter-relação relacionados à AIDS. Seguem alguns exemplos dessas atividades:

1. Participar de palestras e programas educacionais em escolas, centros de saúde, assim como grupos de alto risco, como programas para usuários de drogas e grupos de homossexuais.
2. Fazer palestras para estudantes de medicina, residentes e enfermeiros sobre aspectos psiquiátricos da AIDS e questões relacionadas (p. ex., estigma, fatores de alto risco e adesão).
3. Projetar e participar de atividades, como AIDS Memorial Service, AIDS Quilting Program, grupos para evitar *burnout*, e assim por diante.
4. Frequentar rodadas médicas regulares com a equipe médica da AIDS.
5. Participar e assumir um papel de liderança com a equipe psicossocial de AIDS, que costuma ser composta de assistentes sociais, gerentes de caso, conselheiros sobre HIV, enfermeiros clínicos especialistas e psicólogos.
6. Atender o paciente quanto ao cuidado psiquiátrico no local das clínicas de HIV.

Transtornos somatoformes, transtornos factícios e simulação

Conceitos essenciais

- Se os sinais e sintomas não seguirem os mecanismos fisiologicamente esperados, a somatização deve fazer parte do diagnóstico diferencial.
- A somatização pode coexistir com qualquer doença física e, a princípio, mascarar a doença.
- Mudanças abruptas de personalidade, humor e capacidade de funcionar, assim como rápidas flutuações no estado mental, sugerem maior probabilidade de diagnóstico físico.
- O ganho secundário é uma forte sugestão de simulação ou transtorno factício; porém, a ausência de ganho secundário não exclui alguma outra causa.
- Todos os pacientes têm o direito a, pelo menos, uma boa bateria de exames médicos.

Não há qualquer outra área da medicina na qual a relação mente-corpo assuma um papel mais significativo do que na área da somatização, na qual as linhas se confundem entre a medicina e a psiquiatria. O treinamento médico de um psiquiatra de interconsulta torna-se crucial. Os pacientes se apresentam com vários problemas físicos quando, na realidade, o problema predominante é psicológico. É tarefa do psiquiatra lidar com a verdadeira natureza do problema e entender as defesas usadas pelos pacientes para evitar enfrentar suas questões psicológicas. A somatização é mais bem conceituada como um sintoma que pode ser encontrado em vários transtornos classificados sob a categoria principal de transtornos somatoformes, mas também é vista na categoria dos transtornos factícios. A somatização também tem seu preço. Os somatizadores custam ao sistema de saúde muito mais do que outros pacientes em termos de despesas totais, consultas médicas e despesas hospitalares. Também afeta a produtividade, já que os somatizadores ficam doentes e afastam-se do trabalho com frequência

muito maior do que a população geral. Costuma ser uma tarefa muito difícil para o psiquiatra fazer esse diagnóstico abertamente, já que é preciso equilibrar o estigma preso ao rótulo da “somatização” com a possibilidade de algo estar de fato errado no sentido físico, que precise receber atenção, ou um problema médico grave que possa ser ignorado.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Os pacientes com transtornos somatoformes realmente sentem aquilo que dizem sentir. Há várias vias fisiopatológicas que trazem isso à tona, por exemplo, mecanismos fisiológicos, como excitação autônoma, tensão muscular, hiperventilação, efeitos psicológicos do sedentarismo, transtornos do sono e processamento de informações cerebrais. Dentre os mecanismos psicológicos envolvidos estão humor, crenças, fatores de percepção e fatores de personalidade. Outros mecanismos, como o sistema de incapacidade, o sistema de saúde e as ações de reforço de amigos e parentes também promovem o desenvolvimento da somatização. É preciso ser capaz de distinguir as diferenças entre transtornos somatoformes e transtornos factícios quando a somatização for o sintoma proeminente. Dois fatores essenciais a serem considerados são a natureza voluntária da produção de sintomas e a presença de ganho secundário (p. ex., atenção, evitação de tarefas desagradáveis, recompensas materiais, incapacidade, “três refeições e uma cama”, etc.). A produção de sintomas somáticos nos *transtornos factícios* e na *simulação* mostra-se voluntária, enquanto é involuntária nos *transtornos somatoformes*. Há um ganho inconsciente observado nos transtornos somatoformes e factícios, enquanto é consciente na simulação.

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Há um grupo de transtornos cujos sintomas físicos apresentados pelos pacientes não têm uma explicação médica adequada. Os transtornos somatoformes não são resultado de simulação consciente ou transtornos factícios, e seu diagnóstico implica que os fatores psicológicos contribuam com a natureza dos sintomas, o aparecimento, a gravidade e a duração. Esses transtornos

incluem os seguintes, que estão sob a categoria de “transtorno somatoforme” (conforme relacionados no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quarta edição [DSM-IV]):

- Transtorno de somatização
- Transtorno de conversão
- Hipocondria
- Transtorno dismórfico corporal
- Transtorno somatoforme de dor
- Transtorno somatoforme indiferenciado
- Transtorno somatoforme sem outra especificação

Transtorno de somatização

O *transtorno de somatização* é conhecido pela maioria das pessoas como “histeria” e lembra a famosa pintura de Charcot em que há uma mulher desmaiando. A pessoa histérica também foi estereotipada como uma mulher jovem bastante sugestível; no entanto, a psiquiatria moderna ampliou essa definição. Embora seja mais predominantemente encontrada em mulheres (proporção 10:1), essa condição também existe em homens. O achado característico é uma multiplicidade de sintomas que envolvem múltiplos sistemas orgânicos (normalmente descrito pela mnemônica FOOT:^{*} quatro sintomas gastrintestinais, um pseudo-neurológico, outro sexual e dois sintomas de dor). O transtorno de somatização em geral é uma condição crônica, que costuma aparecer por volta dos 30 anos de idade. E o mais importante: os pacientes com essa condição apresentam um comportamento excessivo de procura por ajuda médica.

Os sintomas da somatização podem ser interpretados de várias formas: como um meio de expressar as emoções do paciente, como uma manifestação simbólica de um sentimento ou crença ou como um modo de evitar as obrigações. O tratamento consiste em dar uma explicação psicofisiológica dos sintomas ao paciente, permitir visitas regulares, porém breves, de seguimento com o mesmo médico (de maneira que o paciente não precise desenvolver novos sintomas para obter atenção médica), e evitar

^{*} N. de T. FOOT – *Four gastrointestinal (GI) symptoms, One pseudoneurologic symptom, One sexual symptom, and Two pain symptoms.*

intervenções caras e desnecessárias. Pode ser que uma relação de empatia com um profissional de saúde seja o aspecto mais importante do tratamento. Também foi demonstrado que os indivíduos com essa condição tratados com terapia cognitivo-comportamental (TCC) por um profissional de saúde mental apresentam maior probabilidade de demonstrar melhoras do que aqueles que recebem o cuidado médico padrão.

Transtorno de conversão

EXEMPLO CLÍNICO: PARALISIA PARA CONTROLAR IMPULSO SEXUAL

Uma mulher de 29 anos, casada, apresentou-se ao pronto-socorro (PS) com incapacidade de andar. No momento, ela estava hospedada com a família do cunhado, enquanto o marido lutava na Guerra do Golfo. Os exames para estabelecer a etiologia da paralisia aparente deram negativos. Não havia reflexos anormais, e nenhuma explicação anatômica foi encontrada. O serviço de neurologia, então, chamou o psiquiatra de interconsulta, que conversou longamente com a paciente. Esta lembrou-se de que, após alguns dias em visita à casa do cunhado, sentiu-se ansiosa e amedrontada ao entrar no quarto dele. Ela também admitiu ter fantasias sexuais envolvendo-o. Na manhã seguinte, não conseguia andar. Depois de um tratamento utilizando a sugestão, junto com psicoterapia de apoio focada na culpa por estar naturalmente atraída por outros homens enquanto sentia falta do marido, a paciente voltou a andar.

Ao contrário do transtorno de somatização, em que vários sintomas afetam vários sistemas orgânicos, o transtorno de conversão é monossintomático e costuma envolver o sistema nervoso voluntário (i.e., motor, dos braços e pernas; sensorial, como dor; ou sentidos especiais, como a visão ou a audição). Muitas vezes (mas não exclusivamente), é encontrado em adultos jovens e adolescentes, naqueles com baixo quociente de inteligência (QI) e/ou baixo sucesso educacional e naqueles que pertencem a um grupo socioeconômico baixo. É comum que esse transtorno também seja observado em militares expostos a combate. “*La belle indifférence*” costuma ser usada para descrever pacientes com transtorno de conversão, para enfatizar o fato de que não parecem perturbados pelo fato de serem cegos, mudos, paralisados, e assim por diante.

Os sintomas podem ser resultado da repressão de conflitos intrapsíquicos inconscientes e a conversão da ansiedade em um sintoma físico. O sintoma costuma ter uma relação simbólica com um conflito inconsciente. O tratamento pode incluir uso de sugestão, persuasão e hipnose. O paciente precisa estar em uma relação terapêutica em que o terapeuta seja uma pessoa carinhosa e autoritária.

Hipocondria

EXEMPLO CLÍNICO: DESTA VEZ, É UM TUMOR CEREBRAL

Um homem de 30 anos, casado, apresentou-se com dor de cabeça intensa. O psiquiatra foi chamado quando os neurocirurgiões não conseguiram justificar os sintomas. A ressonância magnética não revelou nenhum achado. O paciente insistia que podia ter um tumor cerebral e queria ser submetido a uma bateria completa de exames para excluir essa possibilidade. Ainda assim, apesar dos exames realizados, nenhum dos quais demonstrando um tumor cerebral, ele insistia em querer uma segunda opinião. Depois de conversar com o paciente, o psiquiatra descobriu que este era recém-casado. Ele admitiu ter ansiedades quanto ao seu casamento. Descobriu-se então que ele havia desenvolvido dores de cabeça logo depois de se casar e havia consultado vários médicos, tentando descobrir se tinha um tumor cerebral. Ele também apresentava problemas de apetite e de sono relacionados a isso, assim como sentimentos de desesperança e desamparo. Acreditava sofrer de uma condição cardíaca anteriormente. Exigiu extensos exames antes de aceitar que esse não era o caso. Iniciou o tratamento com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e começou terapia individual e de casal. O paciente foi acompanhado no serviço ambulatorial de interconsulta psiquiátrica e, depois de algumas semanas, começou a melhorar.

Leigos, e inclusive profissionais da saúde, costumam referir-se a alguém como “hipocondríaco”. Precisamos ser um pouco mais cuidadosos ao usar esse termo. A hipocondria é uma preocupação somada ao medo de contrair ou a crença de sofrer uma doença grave. O que ocorre é que há uma má interpretação dos sintomas, e os pacientes podem apresentar uma condição psiquiátrica comórbida, como depressão ou ansiedade. Os pacientes desejam assumir um “papel doente” como forma de fuga. O

diagnóstico é sugerido pela história e por exames. Confirma-se quando os sintomas persistem por um período igual ou superior a seis meses e não podem ser atribuídos a depressão ou outro transtorno psicológico.

Os sintomas podem ser interpretados como desejos agressivos e hostis em relação a terceiros, transformados em reclamações físicas. Em geral, isso ocorre como defesa contra a culpa. O tratamento consiste em exames físicos regularmente planejados e documentação dos sintomas. É importante obter as intervenções psiquiátricas necessárias, embora esses pacientes sejam bastante resistentes a essa abordagem. Intervenções breves de TCC individual, desenvolvida especificamente para alterar e reestruturar as crenças hipocondríacas, parecem ter efeitos benéficos significativos e de longo prazo sobre os sintomas da hipocondria.

Transtorno dismórfico corporal

O transtorno dismórfico corporal é uma doença grave, em que uma pessoa se preocupa com uma falha física pequena ou imaginária, normalmente de pele, cabelo ou nariz. Homens com essa condição apresentam maior probabilidade de questões de abuso comórbido de substâncias (50%), enquanto mulheres apresentam ansiedade e pânico comórbidos.

EXEMPLO CLÍNICO: PREOCUPAÇÃO COM UMA CONDIÇÃO QUE MAL EXISTIA

Um homem de 20 anos, bonito, estudante universitário, consultou-se porque apresentava lesões infeccionadas no rosto, que exigiam antibióticos intravenosos (IV). Aparentemente, há alguns anos, ele sentia que sua acne estava tão ruim que as pessoas comentavam e riam dele, embora, objetivamente, fosse mínima. Tinha vergonha disso e, como consequência, ficava no quarto a maior parte do tempo, não se socializava nem praticava qualquer atividade extracurricular. Pensava na acne em seu rosto quase o dia todo e mal se concentrava nas atividades acadêmicas. O paciente, então, começou a cutucar as espinhas pequenas, fazendo, por fim, com que infeccionassem a ponto de precisar de antibióticos IV. Na avaliação psiquiátrica, concluiu-se que o jovem estava muito ansioso com seu futuro após a faculdade, além de bastante deprimido por isso. Apresentava os sintomas clássicos de depressão. Ele foi tratado

com um ISRS e TCC, e demonstrou melhora após cerca de 16 semanas de tratamento.

Nos últimos anos, atendemos vários pacientes com dismorfia corporal encaminhados por cirurgias plásticas depois de solicitarem cirurgias plásticas. O procedimento solicitado mais comum era a rinoplastia. Em algumas dessas situações, observou-se que o nariz e a aparência facial do paciente eram bastante atraentes. Em sua maioria, eram mulheres, mas essa situação também pode ocorrer entre homens. Mais recentemente, atendemos garotos no final da adolescência e homens na faixa dos 20 anos preocupados com seus músculos abdominais, que consideravam pouco desenvolvidos, quando a realidade era evidentemente contrária. Também fomos chamados como consultores para homens jovens que usavam esteroides para melhorar a aparência, e alguns deles podem se encaixar nessa categoria. O transtorno dismórfico corporal, às vezes conhecido como *dismorfofobia*, é uma preocupação com um defeito imaginário ou uma distorção exagerada de um defeito pequeno na aparência física. Há uma alta comorbidade, com depressão importante (90%), transtorno de ansiedade (70%) e transtorno psicótico (30%). Há um deslocamento de um conflito sexual ou emocional para uma parte não relacionada do corpo. O tratamento da condição psiquiátrica comórbida é essencial. A psicofarmacoterapia, particularmente com ISRSs, com terapia individual quando há uma boa aliança terapêutica, é o tratamento preferido. As opções de tratamento incluem a TCC, em geral combinada com ISRSs.

Transtorno somatoforme da dor

Nesse transtorno em particular, a presença da dor é o “foco predominante da atenção clínica”. A dor não é inteiramente responsável por uma condição não psiquiátrica ou neurológica. Não significa, no entanto, que não exista um motivo físico para ela. A dor pode estar associada apenas a fatores psicológicos ou a uma condição médica geral de acordo com o DSM-IV. A interpretação dos sintomas pode estar relacionada à reparação de um ato errado percebido, à expiação de culpa ou a uma agressão suprimida. O tratamento para esse transtorno inclui farmacoterapia, TCC, psicoterapia individual e programas de dor.

Transtornos somatoformes inespecíficos

Incluem o transtorno somatoforme indiferenciado, no qual há sintomas físicos inexplicados que duram, pelo menos, seis meses, e o transtorno somatoforme sem outra especificação, que é uma categoria residual.

TRANSTORNOS FACTÍCIOS

O DSM-IV classifica os transtornos factícios de maneira diferente dos transtornos somatoformes. Um transtorno factício é aquele no qual um sintoma individual ou sintomas são induzidos ou falsificados pelo paciente. A motivação para o comportamento geralmente é assumir o “papel de doente”. Não há estímulos externos discerníveis para o comportamento.

EXEMPLO CLÍNICO: A MISTERIOSA LESÃO QUE NÃO CICATRIZAVA

Foi solicitada uma consulta por um serviço de cirurgia plástica para uma enfermeira de 38 anos que trabalhava para um dermatologista há muitos anos e agora se apresentava ao hospital com uma lesão ulcerosa, que não cicatrizava, no dorso de sua mão esquerda. Ela estava febril e não respondia aos antibióticos como paciente ambulatorial. Essa era a terceira internação por lesão. O ferimento cicatrizava após uma prolongada internação com antibióticos IV e então, pouco depois de voltar para casa, recorria. As culturas não revelaram quaisquer organismos incomuns, e os exames médicos não revelaram qualquer etiologia possível. O psiquiatra interconsultor concentrou-se principalmente em estabelecer uma relação com a paciente e encorajá-la a falar sobre suas preocupações com a lesão. Na terceira visita, ela revelou que estava convencida de que os ácaros provenientes da construção em andamento perto de sua casa eram a causa da lesão. Afirmou que até mesmo os retirava da ferida e os observava sob o microscópio no consultório do dermatologista. Ela convenceu um dos integrantes mais novos da equipe a observá-los sob o microscópio do consultório. Vários consultores finalmente concluíram que não havia infestação. A equipe, então, decidiu observar a paciente discretamente e viu que ela raspava a ferida com um bisturi estéril e esfregava os dedos não lavados sobre ela. Embora nunca tivesse apresentado sintomas psiquiátricos, logo depois de se observar que ela mesma infeccionava a ferida, desenvolveu sintomas psicóticos. Passou a ter ilusões, preocupações

religiosas – realizando ritos religiosos especiais para afastar os “maus espíritos”, pois acreditava que causavam suas feridas. Foi tratada com haloperidol, e seus sintomas psicóticos melhoraram. Recebeu alta e, pela primeira vez, não desenvolveu recorrência das lesões em um período de seis meses. Então, perdeu o seguimento.

Há dois tipos de transtornos factícios: um que se apresenta com sintomas psicológicos e outro que se apresenta com sintomas físicos. O psiquiatra de interconsultor normalmente encontra o tipo físico. Esse transtorno também é conhecido como *síndrome de Munchausen*, *pseudológica fantástica* ou *peregrinação*, talvez porque os pacientes em geral têm histórias muito complexas, sendo internados em vários hospitais diferentes. Há várias características na apresentação clínica que alertam o psiquiatra para a possibilidade de transtorno factício:

- Há numerosas cicatrizes cirúrgicas, geralmente no abdome (“abdome em trilho”).
- O paciente é evasivo e argumentativo.
- As histórias médica e pessoal são muito coloridas e dramáticas.
- Tem história de múltiplas hospitalizações, erros médicos e reclamações de seguros.
- O paciente pode ter profissão relacionada à saúde ou ter relação com algum profissional de saúde.

Os sintomas desse transtorno podem ser voluntariamente produzidos de várias formas:

1. *Totalmente factícios*, como em uma mulher de 43 anos que reclama de dor abdominal intensa, quando não há qualquer dor.
2. *Exageros*, como no caso do homem de 30 anos que tem uma leve dor de cabeça e age como se tivesse a pior dor de cabeça imaginável, tanto que quer partir a cabeça ao meio.
3. *Simulações de doenças*, como o homem de 60 anos que fura o dedo e pinga o sangue na urina, de maneira que pareça hematúria e ele seja completamente examinado.

4. *Doença autoinduzida*, como a mulher de 55 anos que injeta a própria urina em sua IV, para causar septicemia.
5. *Por procuração*, quando há uma produção intencional de sintomas físicos ou psicogênicos dissimulados em outra pessoa sob os cuidados do indivíduo (geralmente uma criança). A motivação é experimentar o papel de doente ou o papel do cuidador por meio de outra pessoa.

Há uma forma especial de manejar esses pacientes. Com muita frequência, quando confrontados, irritam-se e deixam o hospital contra os conselhos médicos. Também é um problema quando os rotulamos de “factícios”, porque nossos colegas médicos, nesse ponto, param de procurar uma causa física para os sintomas. Isso resultaria na falha em diagnosticar um transtorno físico grave que o paciente pode realmente ter.

Ao manejar esses pacientes, precisamos primeiro excluir a presença de condições psiquiátricas comórbidas, ou tratá-las, se existirem. É importante enfatizar a explicação dos sintomas e marcar seguimentos breves e regulares. Precisamos minimizar a polifarmácia e os múltiplos e caros exames de diagnóstico, a menos que sejam de fato indicados. É necessário repassar a história médica com cuidado, particularmente os exames que foram feitos, e evitar a repetição destes. Os pacientes, mesmo aqueles com transtorno factício, têm o direito de ser submetidos a, pelo menos, uma boa bateria de exames. Por fim, deve-se fornecer o tratamento específico, quando indicado. Lembre-se de que o que parece ser um sintoma factício pode mascarar a presença de uma doença *bona fide* (de boa-fé).

SIMULAÇÃO

A simulação é uma produção intencional de sintomas falsos ou exagerados, motivada por estímulos externos, como obter recompensas, drogas, evitar o trabalho, dever militar, escapar de uma perseguição criminal ou influenciar a relação com outra pessoa.

EXEMPLO CLÍNICO: “MENTIRA À MODA ANTIGA”

Um homem de 40 anos foi trazido ao PS pela polícia, que o encontrou vagando sem rumo em uma movimentada avenida. O paciente alegava não saber quem era e onde estava. Disse que a única coisa de que se lembrava era vagar pela avenida, tentando encontrar algo que lhe fosse familiar. Os exames para transtornos neurológicos não revelaram qualquer anormalidade. A psiquiatria foi chamada para atender o paciente. Uma entrevista com ele revelou inconsistências. Depois de confrontá-lo, admitiu que estava fugindo de traficantes de drogas e achou que o hospital fosse um local seguro.

Embora esse tipo de comportamento possa ser observado em qualquer categoria diagnóstica, não é considerado um tipo específico de transtorno. Essa é uma fabricação intencional de sintomas para atingir um ganho secundário, que costuma ser um benefício material. É bastante comum em PSs psiquiátricos no inverno, quando os desabrigados alegam ser suicidas e deprimidos para conseguirem cama e comida. No *setting* de interconsulta psiquiátrica, atendemos pacientes que solicitam benefícios por incapacidade e alegam ser deficientes físicos quando não o são ou a vítima de um acidente automobilístico que reporta graves ferimentos, quando realmente não existem. Também é comum na população presidiária. Presos ingerem corpos estranhos para sair de suas prisões e serem colocados em unidades psiquiátricas criminais. Com frequência, o psiquiatra atua como investigador para tentar verificar as informações no curso da avaliação do paciente.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Trabalhar junto com a equipe médica quando esta lida com esses pacientes.
2. Manter clínicas psiquiátricas em *settings* ambulatoriais.
3. Educar os clínicos para reconhecerem os sintomas que sugerem a somatização.

Conceitos essenciais

- A ferramenta mais importante no bom manejo da dor é uma avaliação apropriada. Tal avaliação deve ser repetida e sistemática.
- A tolerância e a dependência física são propriedades farmacológicas dos opioides e não querem dizer necessariamente “vício”.
- O manejo da dor deve ser individualizado. Não existe uma dosagem determinada de uma substância que forneça analgesia para todos os pacientes. A dor é subjetiva e, portanto, não podemos presumir que sabemos como um paciente deveria se sentir.
- Não existe uma dosagem máxima para opioides, mas sim para não opioides, como acetaminofeno, aspirina e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), acima da qual as drogas podem causar danos ao fígado e aos rins.
- O uso de adjuvantes, assim como intervenções não farmacológicas, pode minimizar a necessidade de aumentar as doses de analgésicos opioides e deve sempre ser considerado quando o alívio da dor ainda não tiver sido atingido. Deve fazer parte de uma abordagem integrada ao bom manejo da dor.
- O fundamental no manejo da dor é responder a essas questões: Existe alívio para a dor? O paciente é capaz de funcionar? Há efeitos colaterais aos medicamentos? O paciente está apresentando comportamentos de ingestão anormal de medicamentos?

A dor é um dos sintomas mais comuns observados em pacientes hospitalizados. Infelizmente, também é um dos mais subtratados. Envolve não apenas a percepção de uma sensação, mas também a reação emocional a ela. Em 1979, a International Association for the Study of Pain definiu-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais de tecidos, ou descrita nos termos de tal dano. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a empregar a palavra por meio de experiências relacionadas a ferimentos no início da

vida”. Do ponto de vista clínico, isso significa que “dor é tudo aquilo que o paciente afirma estar sentindo”.

O manejo inadequado da dor afeta todos os aspectos da vida de um paciente. Portanto, não é surpresa que um psiquiatra esteja geralmente envolvido no manejo geral da dor de um paciente. Em muitos hospitais, em particular desde que a Joint Commission for Accreditation of Hospitals concentrou-se nela como “um quinto sinal vital”, existem equipes de manejo da dor. O ideal é que essas equipes sejam multidisciplinares. Em geral, estão limitadas a anesthesiologistas e/ou oncologistas. Como psiquiatra de interconsulta, você terá pacientes encaminhados por depressão, ideação suicida, problemas comportamentais ou comportamento de “busca por drogas”. Com muita frequência, depois de uma avaliação completa, reconhecemos que o problema subjacente é o manejo inadequado da dor. É fundamental, portanto, que você tenha conhecimentos relativos a essa área, mesmo que exista uma equipe de manejo da dor. Embora este capítulo não seja uma obra-prima que inclui tudo sobre essa questão, tentamos fornecer um conhecimento de trabalho sobre isso, a fim de auxiliá-lo no atendimento desses pacientes.

BARREIRAS PARA O MANEJO APROPRIADO DA DOR

O medo do vício

As preocupações com o risco de causar vício têm uma participação significativa ao se limitar o uso de analgésicos opioides para aqueles que precisam deles. O vício não é o mesmo que dependência física e tolerância. A dependência (emergência de uma síndrome de privação na redução ou na descontinuação abrupta de uma substância) e a tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para atingir o mesmo efeito) são propriedades farmacológicas dos medicamentos. O vício, entretanto, é uma síndrome comportamental que envolve, entre outras coisas, o uso compulsivo de uma substância, a preocupação com essa substância, o uso contínuo apesar do dano e outros comportamentos anormais de uso de substâncias (Tab. 14.1).

Não são apenas os médicos e enfermeiros que temem o vício, alguns pacientes e suas famílias também. Isso ocorre particularmente no caso de pacientes que têm história de abuso

Tabela 14.1 Comportamento anormal de uso de droga

<i>Mais preditivo</i>	<i>Menos preditivo</i>
Venda de medicamentos sob prescrição	Demanda agressiva por mais medicamento
Falsificação de prescrições	Acúmulo de medicamentos
Roubo ou “empréstimo”	Aumento não ratificado da dose
“Perdas” frequentes da prescrição	Uso não aprovado do medicamento
Injeção de preparações orais/tópicas	Aparência de revolta
Obtenção de medicamentos de fontes não médicas	
Uso concomitante de drogas ilícitas	

(De Portenoy R. Opioid treatment for chronic nonmalignant pain: A review of critical issues. J Pain Manage. 1996;11(4):203-217.)

de álcool e substâncias e que mantiveram sua sobriedade por anos. Eles têm medo de que o uso de tais medicamentos anule todos os anos de abstinência. As famílias às vezes recusam medicamentos para dor para seus filhos, cônjuges ou pais por temerem o vício. É importante instruí-los quanto ao fato de que estudos comprovaram que muito poucos pacientes tratados no *setting* clínico-cirúrgico com dor legítima de fato desenvolvem o vício. Também é essencial observar que os opioides devem ser reduzidos aos poucos quando a necessidade de controle da dor deixar de existir. O ideal é que isso seja feito enquanto o paciente está no hospital, no entanto, com frequência, o paciente tem alta antes da conclusão do período de redução. Se isso ocorrer, uma dose suficiente de redução do opioide deve ser fornecida como paciente ambulatorial até que o processo de interrupção por redução seja concluído. Embora você possa não ser a pessoa a prescrever isso, precisará assegurar que o médico encarregado pelo paciente o faça.

EXEMPLO CLÍNICO: SÍNDROME DE PRIVAÇÃO DE OPIOIDE INADVERTIDA

Um bombeiro de 43 anos sofreu uma queimadura de segundo grau de 50% e ficou hospitalizado por um prolongado período de três meses. Havia precisado de grandes dosagens de narcóticos, que controlaram eficazmente sua dor durante a fase aguda e de cicatrização de seus ferimentos, e estava no processo de privação gradual, durante a última fase de sua hospitalização. Foi acompanhado por um psiquiatra durante sua internação, que o ajudou com sua acentuada ansiedade e depressão,

assim como no sofrimento por suas perdas e o ajuste a sua nova situação. O plano era continuar a vê-lo como paciente ambulatorial após a alta. Na segunda noite após esta, o paciente se comunicou com o psiquiatra por meio do *pager*. Relatou que tremia com ansiedade extrema e suava frio. Acreditava estar sofrendo um ataque de pânico. Não podia suportar essa sensação e estava desesperado. Também tinha pensamentos suicidas passageiros. O psiquiatra determinou que, na alta, o paciente, que não havia concluído a retirada gradual de narcóticos, receberia apenas um pouco de acetaminofeno mais forte para dor. O paciente estava essencialmente sem dor, mas parecia estar sofrendo uma abstinência de opioide. O psiquiatra providenciou um pouco de narcótico oral, que aliviou todos os sintomas. A retirada gradual desse medicamento então foi feita durante a semana seguinte, e ele não apresentou sintomas de abstinência na conclusão do tratamento.

Conhecimento inadequado do manejo da dor

Outro motivo comum para o subtratamento da dor é o conhecimento inadequado do manejo da dor. Na faculdade de medicina e na residência, não se concentram atenções suficientes a essa questão. Esperamos que isso mude, agora que está ocorrendo uma mudança de foco. A ausência de habilidades para a análise da dor é uma deficiência entre nossos profissionais de saúde. É importante que a dor, como um processo dinâmico, seja constantemente reavaliada (Tab. 14.2). A repetição das avaliações, sobretudo antes e depois dos tratamentos, é essencial. Há várias ferramentas para avaliação. A mais prática é a escala de classificação numérica, na qual se pede que o paciente classifique a dor, em uma escala de 1 a 10. A documentação adequada nos gráficos e o aumento gradual da medicação baseados na intensidade e

Tabela 14.2 ABC da análise da dor

- Pergunte sobre a dor regularmente e avalie-a de forma sistemática.
 - Acredite no que o paciente diz em seu relato da dor
 - Escolha a opção adequada para controle da dor
 - Forneça as intervenções de maneira apropriada, lógica e coordenada
 - Dê ao paciente e à família o poder de permitir o controle do tratamento à maior extensão possível
-

(De Project Network, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, com permissão.)

na etiologia da dor devem ser realizados (Fig. 14.1). A falta de conhecimento sobre a farmacologia das drogas e as abordagens terapêuticas atuais ao manejo da dor são motivos muito comuns para o controle deficiente da dor.

EXEMPLO CLÍNICO: CONVERSÃO INADEQUADA

Uma mulher obesa de 45 anos foi submetida a uma cirurgia abdominal para retirar uma massa do fígado, que resultou em múltiplas complicações. A paciente ficou em um ventilador após a cirurgia e estava recebendo morfina intravenosa (até cerca de 260 mg no total por dia, durante quase duas semanas). De modo gradual, melhorou o suficiente para ser encaminhada para a unidade normal. Depois de um dia, ela começou a ficar agitada. Estava incansável e briguenta e insistia em ir para casa. Também estava tendo alucinações visuais. Na revisão dos medicamentos, observou-se que, no primeiro dia de transferência da unidade de terapia intensiva (UTI) cirúrgica para o andar normal, a morfina foi interrompida, e a paciente foi colocada em oxicodona e acetaminofeno (Percotec) (dois comprimidos a cada quatro horas, conforme necessário, para dor). O psiquiatra interconsultor recomendou retomar a morfina em doses orais equianalgésicas e, depois disso, iniciou-se um programa de retirada gradual. A paciente começou a melhorar após a administração da morfina.

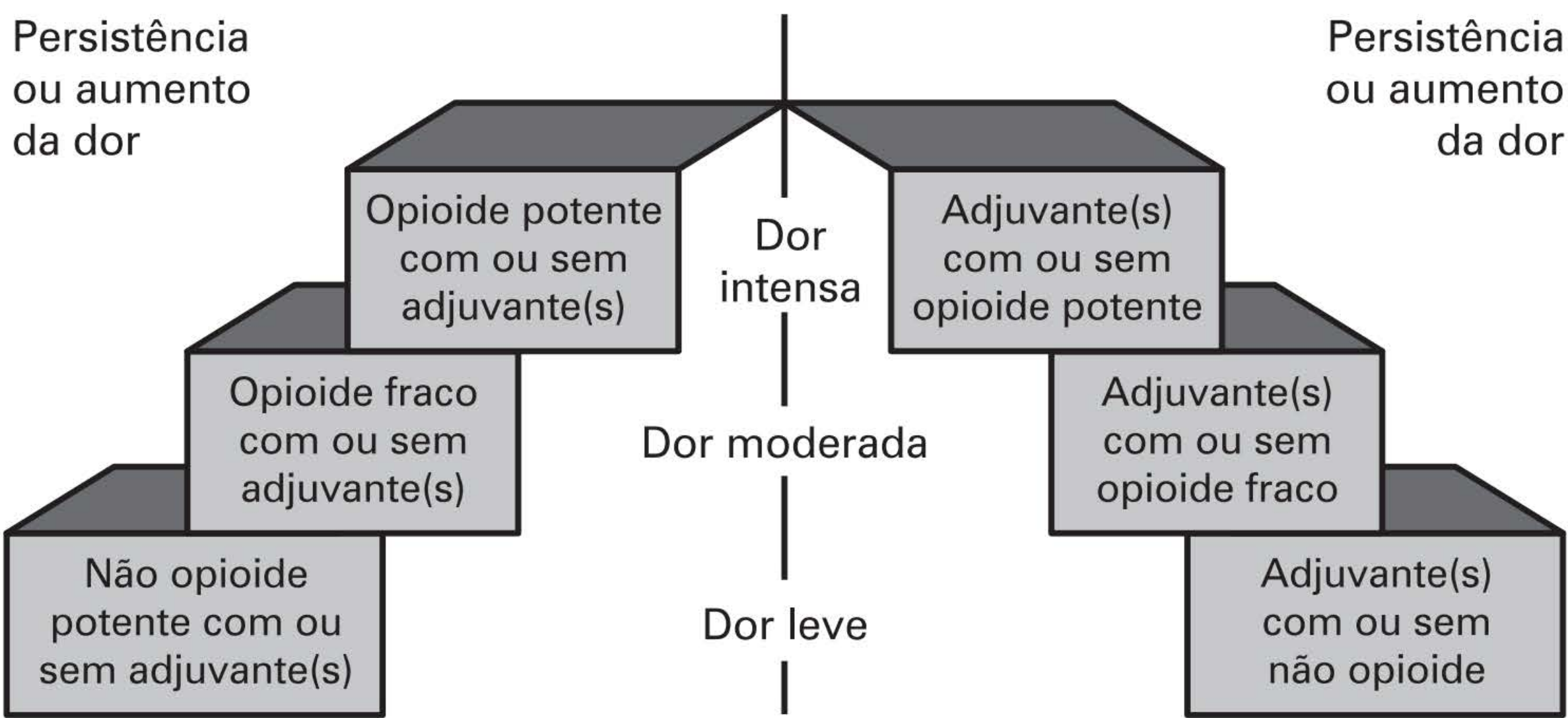


Figura 14.1 Escada modificada de analgésico. (De Project Network, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, com permissão.)

O caso mencionado ilustra um problema comum: a conversão inadequada de doses parenterais para orais ou de um analgésico para outro (Tab. 14.3). Outro erro comum, conforme discutido no texto anterior, é o uso de doses inadequadas de medicamentos. Em alguns casos, os intervalos entre as doses não estão de acordo com o metabolismo do fármaco, por exemplo, a administração da combinação de 5 mg de oxicodona e 325 mg de acetaminofeno a cada oito horas, sendo que o efeito dura apenas cerca de quatro horas. Frequentemente, os pacientes recebem os medicamentos conforme necessário, em vez de em horários regulares. Então, quando recebem sua medicação, a classificação da dor está muito mais alta. Se esse for o caso, você pode precisar defender o paciente. Além disso, o nível da medicação não é consistentemente terapêutico se administrado com base na necessidade. Há ocasiões em que os níveis são altos, o que causa mais efeitos colaterais ou efeitos tóxicos, e ocasiões em que o nível é muito baixo, o que causa a recorrência da dor intensa. Uma questão importante que muitos de nossos colegas parecem esquecer é a importância do uso de fármacos adjuvantes (p. ex., anticonvulsivantes, antidepressivos e outros), assim como modalidades não farmacológicas (p. ex., acupuntura, *biofeedback*, hipnose, estimulação nervosa elétrica transcutânea e técnicas cognitivo-comportamentais). No manejo geral de um paciente com dor, essas técnicas podem ajudar a reduzir a dosagem do opioide. Um psiquiatra interconsultor precisa estar familiarizado com essas diversas modalidades.

O medo da depressão respiratória e outros possíveis efeitos colaterais dos analgésicos opioides também interferem no manejo adequado da dor. Estudos demonstraram que a depressão respiratória, embora possa ser um efeito colateral, é incomum. Os pacientes também desenvolvem uma tolerância aos efeitos sedativos e cognitivos dos opioides. A constipação é o efeito colateral mais comum dos narcóticos para dor, fazendo com que os pacientes precisem de amaciantes para fezes ou laxantes, junto com seus opioides. O reconhecimento precoce e o tratamento agressivo dos efeitos colaterais e a preocupação com eles não devem privar o paciente dos medicamentos apropriados para a dor (Tab. 14.4).

Tabela 14.3 Conversões equianalgésicas – adulto

- Um guia para o uso do gráfico de dosagem equianalgésica
- Equianalgesia quer dizer aproximadamente o mesmo fármaco
 - Este gráfico equianalgésico é uma diretriz. Doses e intervalos entre as doses são gradualmente aumentados de acordo com a resposta do indivíduo.
 - O gráfico equianalgésico é útil na troca de um fármaco por outro ou na troca de uma via de administração por outra.
 - Quanto mais tempo o paciente receber opioides, mais conservadora deve ser a dose de início de um novo opioide.

Fármaco	Parenteral (IM/IV)	Oral (VO)	Doses de início recomendadas (pacientes > 50 kg)		Início (min)	Pico (min)	Duração (h)
			Oral	Parenteral			
Codeína (também em combinação com AAS (aspirina, acetaminofeno)	120-130 mg (IM)	200 mg	60 mg q 3-4 h	60 mg q 4h (IM)	10 (IV), 10-20 (IM), 30-60 (VO)	30-60 (IM), 60-90 (VO)	3-4 (IM, VO)
Fentanil	0,1-0,2 mg (IM)	25 µg/h (TD)	Não disponível	Não disponível	1-5 (IV), 7-15 (IM), 5 (OT), 12-16 h (TD)	3-5 (IV), 10-20 (IM), 15 (OT), 24 h (TD)	0,5-4 (IV, IM) 2-5 (OT), 48-72 (TD)
Hidrocodona	Não disponível	30 mg	10 mg q 3-4 h	Não disponível	30-60 (VO)	60-90 (VO)	4-6 (VO)

(continua)

Tabela 14.3 Conversões equianalgésicas – adulto (continuação)

Fármaco	Parenteral (IM/IV)	Oral (VO)	Doses de início recomendadas (pacientes > 50 kg)		Início (min)	Pico (min)	Duração (h)
			Oral	Parenteral			
Hidromorfona	1,5 mg	7,5 mg	6 mg q 3-4 h	1,5 mg q 3-4 h	5 (IV), 10-20 (IM), 15-30	10-20 (IV), 30-90 (IM, VO, PR)	3-4 (IV, IM, VO, PR)
Levorfanol	2 mg	4 mg	4 mg q 6-8 h	2 mg q 6-8 h	10 (IV), 10-20 (IM), 30-60 (VO)	15-30 (IV), 60-90 (IM, VO)	4-6 (IV, IM, VO)
Meperidina	100 mg	300 mg	Não recomendado	100 mg q 3 h	5-10 (IV), 10-20 (IM), 30-60 (VO)	10-15 (IV), 15-30 (IM), 60-90 (VO)	2-4 (IV, IM, VO)
Metadona	10 mg	20 mg	20 mg q 6-8 h	10 mg q 6-8 h	10 (IV), 10-20 (IM), 30-60 (VO)	60-120 (IM, VO), 10 (SL)	4-8 (IV, IM, VO)
Morfina	10 mg	30 mg 24h/dia 60 mg dose única	30 mg q 3-4 h	10 mg q 3-4 h	5-10 (IV), 10-20 (IM), 30-60 (VO, PR)	15-30 (IV), 30-0 (IM), 60-90 (VO, PR)	3-4 (IV, IM), 3-6 (VO), 4-5 (PR)

(continua)

Tabela 14.3 Conversões equianalgésicas – adulto (*continuação*)

<i>Fármaco</i>	<i>Parenteral (IM/IV)</i>	<i>Oral (VO)</i>	<i>Doses de início recomendadas (pacientes > 50 kg)</i>		<i>Início (min)</i>	<i>Pico (min)</i>	<i>Duração (h)</i>
			<i>Oral</i>	<i>Parenteral</i>			
Oxicodona	Não disponível	20-30 mg	10 mg q 3-4 h	Não disponível	30-60 (VO, PR)	60-90 (VO), 30-60 (PR)	3-4 (VO), 3-6 (PR)
Oximorfona	1 mg	10 mg (PR)	Não disponível	1mg q 3-4 h	5-10 (IV), 10-20 (IM), 15-30 (PR)	15-30 (IV), 30-90 (IM), 120 (PR)	3-4 (IV), 3-6 (IM, PR)
Propoxifeno	Não disponível	130 mg	Não disponível	Não disponível	30-60 (VO)	60-90 (VO)	4-6 (VO)

IM, intramuscular; IV, intravenosa; VO, nada por via oral; OT, transmucosal; TD, transdérmico; PR, retal; SL, sublingual. Cortesia do Pain Committee, Westchester Medical Center, Valhalla, NY; McCaffery M., Pasero C, *Pain: Clinical Manual*, Mosby; 1999:241, *AHCPR Guidelines – Acute Pain Management 1992, Drug Facts and Comparisons* Jan 2000 8/00.

Tabela 14.4 Efeitos adversos dos opioides

-
- Constipação
 - Náusea/vômitos
 - Sedação
 - Alterações na cognição, no humor e na percepção
 - Boca seca
 - Prurido
 - Retenção urinária
 - Mioclonia
 - Depressão respiratória
-

SUBMEDICAÇÃO PARA DOR

Fatores relacionados à equipe

Deve-se reconhecer que muitos psiquiatras e enfermeiros, embora tenham boas intenções e se importem muito com seus pacientes, administram submedicação para dor. Transmitem aos pacientes a ideia de que devem “aguentar o máximo que puderem antes de pedir pela próxima medicação”. Não intencionalmente, contribuem com o complexo de culpa que muitos indivíduos desenvolvem por usar narcóticos durante uma hospitalização. Os pacientes costumam sentir que estão fazendo o que é certo tentando não pedir a medicação para dor. (Alguns homens podem relacionar isso a ser “macho”.) Com frequência, isso se baseia na crença errônea e disseminada entre os pacientes e a equipe de que é provável que eles se viciem com o uso de fármacos. Conforme observado antes, isso não é verdade. Você pode ser muito útil a pacientes, encorajando-os a pedir pela medicação para dor, conforme necessário.

Os médicos devem ser encorajados a prescrevê-la 24 horas por dia, e não conforme a necessidade, especialmente durante a fase aguda. Os enfermeiros devem ser encorajados a fornecer a medicação prescrita (e não retê-la ou desencorajar o paciente), assim como a necessidade, a menos que exista uma clara contraindicação. Quando há lesões em vários membros, o movimento e o exercício dos membros afetados serão encorajados com frequência, no início da hospitalização, para evitar contraturas e restaurar a função. Cabe-nos lembrar que a medicação inadequada para dor no início da internação desencoraja o movimento adequado e resulta em consequências negativas. Você pode

transmitir essa informação diretamente aos pacientes, o que permite que peçam e recebam o controle adequado da dor.

Pacientes que receberam agentes paralisantes de longa duração, em particular em cirurgia ou na UTI, podem ter dificuldade em sinalizar se estão sentindo dor. Uma situação similar ocorre quando eles não são capazes de se comunicar por estarem entubados. Na primeira situação, pode ser possível que o paciente comunique respostas “sim” ou “não” piscando os olhos. Na outra, ele pode ser capaz de escrever ou apontar palavras ou números em uma lousa. O psiquiatra interconsultor pode estabelecer a comunicação e transmitir o fato de que a dor do paciente não está sendo controlada. Outra forma de determinar se o paciente pode estar sentindo dor é observar a presença de agitação, inquietação, sudorese, hiperventilação, taquicardia e hipertensão, já que todos esses são sinais de ansiedade que acompanham a dor.

Samuel Perry, que era psiquiatra interconsultor no Cornell Burn Center, em Nova York, trouxe uma perspectiva psicodinâmica à questão do motivo pelo qual os pacientes são frequentemente submedicados para dor. Ele sugeriu a existência de mecanismos inconscientes que contribuem com a resistência da equipe em usar dosagens mais adequadas de analgésicos. Sentia que a dor do paciente tem duas funções importantes: torna-o um ser definível, separado da equipe, e ajuda a confirmar se o “objeto” está vivo. Um paciente queimado desfigurado e sem dor pode ser observado como “escapando” ou à “sombra da morte”. Ele sugeriu técnicas que, como psiquiatra interconsultor, você pode usar para lidar com esses fatores. Pode apontar diferenças entre o cuidador e o paciente. Você também pode ajudar a equipe a ver o paciente como um indivíduo separado bem definido, mencionando à equipe sua luta com vários eventos na vida, como filhos adolescentes, compra recente de uma nova casa, preocupações com uma avó doente, e assim por diante. Também seria útil descrever à equipe alguns aspectos do paciente além da dor que o tornam vivo, assim como seus estados de ânimo, fantasias, apetite e desejo de poder se movimentar.

Fatores relacionados ao paciente

Não é incomum que alguns pacientes subrelatem sua dor por vários outros motivos. Estes podem incluir o desejo de agra-

dar à equipe e não ser “chato” e o desejo de fazer com que o médico se concentre mais no tratamento de seu problema primário. Também há fatores culturais e de personalidade que podem influenciar o comportamento dos pacientes. Por exemplo, alguns parecem estoicos enfrentando dor excruciante, enquanto outros podem ficar histéricos depois de sofrerem uma lesão muito leve.

Fatores relacionados ao sistema

Esses fatores incluem o fato de que a disponibilidade de analgésicos opioides é limitada. A maioria das farmácias não estoca grandes quantidades desses medicamentos. Além disso, não há serviços especializados em dor em todas as instalações. Por fim, o manejo desta não é barato, e alguns convênios podem não cobrir as despesas de um tratamento mais apropriado. Portanto, a cobertura do convênio *versus* pagamentos do próprio bolso nem sempre são possíveis. Como um interconsultor, é preciso defender o bom e ético cuidado e não aceitar essa situação.

COMPONENTES PSICOLÓGICOS DA DOR

Os pacientes com dor tornam-se muito ansiosos e tendem a ter sentimentos de dependência e desamparo. Uma lesão grave costuma trazer à tona medos inconscientes de morrer, que podem estar relacionados a uma arraigada ansiedade de separação. Existe uma tendência para regressão psicológica sob essas circunstâncias. Um estado de ânimo deprimido comumente se torna inter-relacionado a sentimentos de ansiedade. Também podem ocorrer transtornos do sono.

Cada um desses fatores eleva a percepção da dor pelo indivíduo, e qualquer intervenção que alivie qualquer um deles pode diminuir seu sofrimento. A interação social da família ou dos amigos é sempre muito útil. Na realidade, observamos que, quando membros da família visitam pacientes no hospital, a necessidade de medicação para dor costuma diminuir. Também concluimos que, se o paciente acredita que tem o apoio do médico, do enfermeiro ou do psiquiatra, provavelmente se sairá melhor em relação ao controle da dor. Ele precisa saber que a equipe está preocupada e que está fazendo tudo o que pode para

aliviar sua dor e, assim, grande parte de seu sofrimento. Várias técnicas, como escalas numeradas de dor, escalas baseadas em fatores psicológicos e escalas análogas visuais são usadas para comunicá-la. Acreditamos que, embora possam ser úteis em *settings* específicos, nada é melhor do que um médico ou enfermeiro interessado que converse com o paciente e se importe com a dor que este sente.

MANEJO FARMACOLÓGICO DA DOR

Três grupos principais de agentes farmacológicos usados para manejar a dor são discutidos brevemente no texto a seguir. O manejo adequado envolve o uso de um ou mais fármacos de grupos diversos. Nossa experiência mostra que, se for usada uma combinação entre fármacos de diferentes grupos, há menos necessidade de doses mais altas de opioides.

Analgésicos não opioides

Aspirina e acetaminofeno são exemplos comuns de não opioides, que também incluem todos os diferentes AINEs, assim como os mais recentes medicamentos inibidores da ciclo-oxigenase-2 (COX-2). Tais medicamentos costumam ser de primeira linha no manejo da dor leve a moderada. Há vários AINEs diferentes com doses variadas, e a dosagem deve ser individualizada. Um dos AINEs usados com maior frequência é o ibuprofeno, disponível para venda em doses de potência com e sem necessidade de prescrição. Aspirina, acetaminofeno e AINEs são dependentes da dose e têm efeitos-teto. Não é incomum que esses fármacos sejam muito prescritos devido à relutância de alguns médicos em prescrever opioides. No entanto, você deve estar consciente de que altas doses de acetaminofeno podem ser tóxicas para o fígado e, em alguns casos infelizes, podem causar insuficiência hepática e morte. A ingestão crônica de altas doses de AINEs, como o ibuprofeno, pode causar insuficiência renal. A toxicidade gastrointestinal também é um efeito adverso da aspirina, acetaminofeno e AINEs. Os inibidores da COX-2, como celecoxiba e rofecoxiba, são alternativas mais seguras, mas também podem ser tóxicos para o rim. Faz parte de seu trabalho de inter-relação

instruir aqueles que não estão muito familiarizados com esses efeitos tóxicos e mais preocupados com o potencial não aditivo dos fármacos não opioides.

Analgésicos opioides

Os opioides geralmente são classificados como “fortes” ou “fracos”. Estão disponíveis para administração por várias vias: oral, parenteral e transdérmica. A maior parte dos opioides fracos é fabricada em combinação com aspirina ou acetaminofeno, por exemplo, acetaminofeno e codeína, oxicodona e acetaminofeno, propoxifeno e acetaminofeno, entre outros. Há a tendência de alguns médicos prescreverem essas combinações de medicamentos além do necessário em vez de opioides mais potentes. Infelizmente, não são capazes de perceber que existe uma dose máxima para os AINEs e que exceder esses níveis causa mais problemas, sem mesmo atingir o alívio da dor, do que se prescrevessem a terapia adequada. Outro ponto importante a ser lembrado é a identificação dos efeitos colaterais dos opioides e seu tratamento agressivo.

Adjuvantes

Adjuvantes são medicamentos que têm outras indicações primárias; entretanto, descobriu-se sua utilidade no manejo da dor. Na realidade, têm sido usados como agentes únicos para manejar tipos específicos de dor. Incluem antidepressivos, anti-convulsivantes, agonistas alfa-adrenérgicos e outros.

Antidepressivos

Vários estudos validaram a eficácia dos antidepressivos tricíclicos (ATCs) como medicamentos para o tratamento da dor crônica. O mais estudado é a amitriptilina, porém outros, como imipramina, doxepina, clomipramina e desipramina também têm sido usados. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina não foram tão bem estudados, e os estudos feitos até agora produziram resultados variados. Houve respostas favoráveis à

paroxetina e ao citalopram, mas são necessários mais estudos. Você deve ter cuidado com os efeitos colaterais anticolinérgicos dos ATCs em particular, sobretudo em pacientes com problemas cardíacos, glaucoma, lesões na cabeça, etc. Quando usados para dor, em geral são necessárias doses baixas de antidepressivos, além de aumento gradual para um efeito analgésico. Os ATCs comprovaram ser particularmente eficazes para dor neuropática, em especial com queimadura, dormência ou sensações de formigamento.

Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes têm sido amplamente utilizados para dor neuropática descrita como penetrante, aguda, lancinante ou paroxística. O mais comumente usado é a gabapentina, e as doses variam de 300 mg a 3.600 mg. Outros anticonvulsivantes, como valproato, carbamazepina, fenitoína, clonazepam e lamotrigina, também foram usados. Ao administrar esses medicamentos, os efeitos colaterais devem ser monitorados. Os anticonvulsivantes mais novos, como topiramato e tiagabina, ainda não foram usados ou estudados extensivamente para o manejo da dor.

Adjuvantes variados

Embora antidepressivos e anticonvulsivantes sejam os adjuvantes mais comumente utilizados, há outros que também são empregados. Esses incluem os corticosteroides; agonistas alfa-adrenérgicos, como clonidina, mexiletina (um agente antiarritmico) e baclofeno (um agonista do ácido gama-aminobutírico); relaxantes musculares; anti-histamínicos; anestésicos tópicos, como capsaicina; entre outros.

Procedimentos invasivos

Procedimentos invasivos geralmente são considerados quando todas as outras opções conservadoras são usadas sem sucesso, por exemplo, a administração intraespinal de opioides nos espaços epidurais ou subaracnoides. Essa abordagem permite o

uso de menos opíoides secundários à amplificação do efeito analgésico por meio dessa via. Outros procedimentos invasivos incluem bloqueios nervosos temporários, injeções no ponto de desencadeamento e bloqueios nervosos neurolíticos. Às vezes, são usadas intervenções cirúrgicas, como simpatectomia, rizotomia, estimulação da coluna dorsal, estimulação talâmica e, inclusive, lobotomia frontal. Tais técnicas foram amplamente substituídas por técnicas anestésicas mais conservadoras.

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR

O manejo apropriado da dor envolve o tratamento de todo o indivíduo. A dor afeta todos os aspectos da vida do paciente e, portanto, é necessário usar várias técnicas que envolvam não apenas os tratamentos farmacológicos. Há tempos se reconhece que as técnicas não farmacológicas são acréscimos significativos ao efeito analgésico dos medicamentos. Deve-se enfatizar, no entanto, que não costumam ser tão eficazes quando isoladas. Essas técnicas incluem terapias comportamentais, como hipnose e *biofeedback*, técnicas progressivas de relaxamento muscular, acupuntura e técnicas cognitivo-comportamentais, como treinamento de distração, reestruturação cognitiva e imaginação mental, e fisioterapia.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Fazer parte de uma equipe multidisciplinar de dor.
2. Trabalhar com a equipe assistencial para instruir quanto ao tratamento da dor de um paciente que sofre de abuso de substâncias.
3. Iniciar grupos de apoio em colaboração com clínicas de dor.
4. Trabalhar junto com médicos que tratam de pacientes com dor; atender seus pacientes diariamente.

Determinação da capacidade

Conceitos essenciais

- O termo competência é um termo legal (*de jure*) determinado pelo sistema judiciário, enquanto o termo capacidade decisória é um termo clínico (*de facto*) usado por médicos.
- A determinação da capacidade é alterada quando a condição do paciente e a natureza do tratamento proposto mudam.
- Pessoas racionais podem tomar o que parecem decisões “irracionais”.
- O papel do psiquiatra é avaliar a presença ou a ausência de prejuízos psiquiátricos e/ou cognitivos que interfiram na capacidade do paciente de participar das decisões relacionadas ao seu cuidado.
- O consentimento livre e informado baseia-se na capacidade do paciente de compreender sua situação clínica e de participar das decisões relacionadas a seu cuidado médico.

Seus colegas médicos e cirurgiões com frequência pedirão que você avalie pacientes que recusam o tratamento ou que querem alta hospitalar contra a opinião médica. Isso ocorre especialmente quando a equipe de tratamento sente que esses indivíduos não estão tomando uma decisão “racional”. Para muitos, isso significa que o paciente não está fazendo o que o médico quer que ele faça. Outras solicitações comuns incluem a avaliação da capacidade de mães recentes com questões psiquiátricas como quem cuidará de seus recém-nascidos ou pacientes que recusem os planos de alta feitos para eles.

Muitas vezes, avaliamos corretamente que não há prejuízo da capacidade do paciente de tomar decisões e que o problema está na comunicação entre ele e a equipe. Esse problema pode estar relacionado com a luta pelo controle entre eles. O papel de relação do psiquiatra interconsultor é, então, enfatizado. A determinação da capacidade não é exclusiva ao psiquiatra. Qual-

quer médico atendente pode documentar se um paciente é ou não capaz de tomar decisões. É óbvio que não haveria dúvidas quanto à capacidade nos casos em que em paciente está comatoso, gravemente retardado e em estado de *delirium* evidente ou altamente intoxicado. A avaliação psiquiátrica formal se faz necessária quando há alguma dúvida quanto ao estado mental.

Nessas situações, o que devemos avaliar é a capacidade decisória do indivíduo (competência *de facto*). Essa competência é diferente da legal (competência *de jure*), que é determinada pelo tribunal, embora esta seja baseada na avaliação psiquiátrica. A determinação da capacidade geralmente está repleta de incertezas, ambivalência e vários outros fatores psicossociais que exercem uma influência significativa sobre a capacidade decisória do paciente. Quando este é considerado capaz de tomar decisões, ele pode fazer um consentimento informado.

CONSENTIMENTO INFORMADO

A doutrina do consentimento informado é central na determinação da capacidade do paciente. Se este recebeu as informações necessárias para tomar uma decisão racional, então tem o direito de determinar o que pode ou não ser feito em seu corpo. Também é incumbência do médico informar-lhe todos os fatos sobre sua condição. As informações fornecidas geralmente incluem diagnóstico, tratamento, consequências, alternativas e prognóstico. Se essas informações forem fornecidas ao paciente de maneira precisa, e ele ou ela toma uma decisão voluntariamente, e não havendo qualquer transtorno psiquiátrico que interfira com seu processo de tomada de decisão, então o paciente é capaz de tomar decisões.

Há, é claro, exceções a essa exigência de consentimento livre e informado. Essas incluem: situações de emergência que podem significar a vida ou a morte de um paciente, casos nos quais exista uma óbvia falta de capacidade mental ou nos quais o paciente tenha sido considerado legalmente incompetente, casos nos quais o paciente renuncie ao seu direito ao consentimento livre e informado e casos em que o médico determina que informar o paciente causará mais danos do que benefícios.

MUDANÇA DA CAPACIDADE

A determinação da capacidade é sempre específica para o caso que se tem em mãos no momento particular em que se estiver avaliando o paciente. As perguntas que fizer concentram-se na decisão específica que deve ser tomada naquele momento. Por esse motivo, é importante que pergunte ao médico assistente por que estão pedindo que avalie a capacidade do paciente. Isso é necessário porque um paciente pode ser capaz de tomar determinadas decisões e não outras. Outro motivo é que tal capacidade pode mudar durante o curso da internação. Pode até mesmo mudar no curso de algumas horas! Em nosso serviço de interconsulta, já atendemos pacientes logo pela manhã somente para descobrir, poucas horas mais tarde, que seu estado mental teve uma reviravolta de 180 graus!

DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE

Não existe uma lei universal a ser seguida ao se determinar a capacidade de um paciente. Entretanto, há determinados critérios que são amplamente aceitos como diretrizes. Os especialistas sugeriram critérios similares, que podem ser resumidos da seguinte maneira:

- O paciente é capaz de comunicar uma escolha? É capaz de responder? Há um transtorno de pensamento presente? Ele tem problemas de memória? É capaz de explicar a decisão que escolheu? Ele se mostra ambivalente, há vacilação?
- O paciente é capaz de compreender as informações apresentadas? É capaz de repetir as informações? O paciente está alerta? Ele apresenta déficits de atenção, inteligência e memória? O paciente compreende o problema?
- O paciente é capaz de entender sua situação e as consequências? É capaz de explicar sua doença e a necessidade de tratamento, assim como o desfecho? Há presença de negação patológica ou ilusões que interfiram com a percepção da situação?
- O paciente é capaz de argumentar e deliberar?

- O paciente é capaz de chegar a conclusões de maneira racional, consistentes com seus próprios valores? Ele está psicótico, demente, delirante, deprimido, com extrema raiva ou intoxicado?

Com base nesses critérios, avaliamos a presença de qualquer transtorno psiquiátrico ou condição mental que possa interferir em qualquer dos itens mencionados. Lembre-se de que o paciente pode ser esquizofrênico e ainda assim ter capacidade de tomar determinadas decisões médicas. A abordagem essencial é determinar se a doença mental do indivíduo (seja ela *delirium*, demência, depressão, esquizofrenia ou outras psicoses) está interferindo seu julgamento em determinada situação.

Concentramo-nos, então, na natureza da decisão que o paciente deve tomar. As decisões variam em significância, desde exames de sangue até receber um transplante. A decisão será de vida ou morte e terá pouco impacto sobre o paciente? Qual o risco para o paciente comparado ao benefício?

Drane recomendou uma “escala deslizante” de situações médicas para fornecer orientações para a capacidade de avaliação. Você também pode desejar analisar os *websites* mencionados no anexo deste livro.

- Para tratamentos fáceis e eficazes que não sejam perigosos e que tragam benefício ao paciente, a exigência é mínima – apenas que o paciente esteja consciente de sua condição médica e tenha fornecido seu consentimento informado.

EXEMPLO CLÍNICO: NENHUMA CAPACIDADE, MAS REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

Um homem alcoolista de 57 anos foi internado depois de cair e sofrer uma hemorragia subdural. Estava confuso e incapaz de manter uma conversa por um período prolongado. Logo depois de sua internação, sabia que havia caído e pedido para ser trazido ao pronto-socorro (PS) para ser tratado. Fez-se uma avaliação da capacidade, e ele foi considerado incapaz de tomar decisões no momento. Realizou-se ainda uma cirurgia para evacuar o hematoma, sem o seu consentimento por escrito.

- Para tratamentos incertos, nos quais o diagnóstico for duvidoso, a condição crônica, ou o tratamento proposto mais perigoso e menos eficaz, há exigências medianas. O paciente deve ser capaz de demonstrar uma compreensão de sua situação médica e das opções de tratamento propostas, assim como seus riscos e benefícios. Ele faz uma escolha baseada nos desfechos.

EXEMPLO CLÍNICO: CAPACIDADE PARA RECUSAR O TRATAMENTO

Uma mulher de 80 anos com câncer de mama metastático foi internada para quimioterapia. Foi submetida a uma sessão da terapia, mas teve complicações. Ficou desidratada e incapaz de tolerar qualquer ingestão oral. Recusou-se a permitir a nutrição parenteral e havia recusado uma segunda rodada de quimioterapia. Fomos chamados para avaliar sua capacidade de recusar o tratamento. Embora seus eletrólitos estivessem anormais, ela estava suficientemente consciente de sua condição médica e foi considerada capaz de recusar a nutrição parenteral total e outra rodada de quimioterapia. Afirmou: “Tive uma boa vida. Tente ver se isso funcionaria. Acho que não quero viver assim.” Subsequentemente, recebeu alta para ficar em casa com a família, durante os dias que lhe restavam.

-
- Para tratamentos perigosos, os pacientes que tomam suas próprias decisões devem ser capazes de avaliá-la de forma crítica e reflexiva. Deve ser capaz de demonstrar sua capacidade de passar por um processo racional para tomar a decisão.

EXEMPLO CLÍNICO: O DIREITO DOS PAIS DE RECUSAR O TRATAMENTO QUE SALVARIA A VIDA DE SUA FILHA DE 15 ANOS

Uma jovem Testemunha de Jeová de 15 anos foi trazida ao PS depois de se envolver em um acidente automobilístico. Sofrera múltiplas lesões traumáticas e perdera muito sangue. Estava inconsciente. Seus pais foram capazes de chegar ao hospital quase ao mesmo tempo que ela. Os médicos queriam fazer uma transfusão com produtos de sangue, mas seus pais (agindo em seu nome) recusaram, apesar de saberem que poderiam perdê-la se não a fizessem. Os médicos recusaram-se a aceitar a situação e tentaram fazer com que um juiz anulasse a autoridade da família. Pouco

depois, um tio chegou com um testamento em vida, no qual a paciente afirmava expressamente que não desejava receber transfusões de sangue sob quaisquer circunstâncias. A paciente não recebeu a transfusão, vindo a falecer em seguida.

Conforme mencionado antes, não existe realmente um consenso oficial para se determinar capacidades. Na maioria das situações, o consentimento ou a recusa do paciente é equilibrado com a razão risco-benefício do tratamento proposto. Quando o paciente consente em se submeter a um tratamento de baixo risco e de grandes benefícios, o teste para capacidade é baixo; entretanto, se ele recusa, é necessário um teste mais alto para capacidade. Cada caso é diferente; para cada paciente, a decisão aplica-se a uma situação a em determinado ponto no tempo (o momento da avaliação). Todos os pacientes precisam ser reavaliados quando sua situação muda. Em caso de conflito, então a questão deverá ser levada a um tribunal que fará a determinação da competência do paciente.

Questões psicodinâmicas e psicoterapia no *setting* da interconsulta psiquiátrica

Conceitos essenciais

- O trabalho do luto é um importante tipo de terapia para a maioria dos pacientes hospitalizados.
- A raiva de um paciente em relação a uma equipe hospitalar é deslocada da raiva e da frustração em relação a si próprio.
- Estimule seus pacientes a expressarem suas fantasias secretas sobre o significado de sua doença ou lesão.
- A psicoterapia limitada pelo tempo é uma técnica útil no *setting* clínico-cirúrgico.

Qualquer interação que você tiver com um paciente no *setting* clínico-cirúrgico tem potencial psicoterapêutico. A relação médico-paciente é poderosa e, no contexto hospitalar, costuma simbolizar a relação pai-filho. O paciente está doente, vulnerável e dependente e deseja ser cuidado. Isso pode ser observado na forma mais extrema na unidade de terapia intensiva (UTI), onde um paciente é totalmente dependente da equipe médica e sempre há um espectro de dependência. Pedirão que você atenda pacientes em total controle de seu poder de tomada de decisão e, nesses casos, a interação médico-paciente se dá entre dois adultos maduros discutindo o melhor curso de tratamento para o paciente. Como psiquiatra de interconsulta, você terá a oportunidade de avaliar e ajudar a melhorar a relação entre o médico e o paciente.

EXEMPLO CLÍNICO: MODELAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Um homem de 38 anos com uma grave infecção necessitava de tratamento intravenoso (IV) contínuo por um período de duas semanas. O internista

que o tratava era muito atento ao cuidado do paciente e fazia várias visitas para ajustar a medicação e examiná-lo, mas não explicava a ele a razão do tratamento e quaisquer possíveis opções de tratamento ambulatorial. O paciente não fazia perguntas, porém, dizia à equipe que estava muito infeliz e que queria ir embora mesmo contra a opinião médica. Quando os enfermeiros informaram o médico sobre sua intenção, ele chamou a parceira do paciente e explicou como era essencial que continuasse o tratamento IV. Finalmente, o psiquiatra foi chamado e marcou uma reunião com o médico e o paciente. O contraste do tratamento do paciente pelo psiquiatra, com respeito e interesse por suas preocupações e desejos, tornou-se óbvio, e o médico começou a dialogar com o paciente. Isso levou a uma interação adulto-adulto, com o começo de uma relação de confiança em um nível maduro entre os dois.

Há várias técnicas psicoterapêuticas disponíveis para seu trabalho com pacientes clínicos e cirúrgicos. Neste capítulo, descrevemos algumas delas e oferecemos sugestões de quais técnicas podem ser apropriadas para situações em particular.

MÉTODO DE VENTILAÇÃO OU CATARSE

Pacientes doentes o suficiente para serem hospitalizados geralmente estão sofrendo desconforto físico e emocional. Embora isso possa ser subentendido, é irônico como os pacientes têm poucas oportunidades de discutir os detalhes de sua doença ou ferimento de maneira aberta. É aqui que você entra. Antes de fazer muitas perguntas diagnósticas, dê a ele bastante tempo para falar sobre sua doença e expressar os medos, incertezas, tristeza e sofrimento associados. Essa expressão de sentimentos, conhecida tecnicamente como *catarse* ou *ventilação*, pode ser bastante terapêutica em si, mesmo na ausência de interpretações sofisticadas e outras técnicas psicoterapêuticas.

TRABALHO DO LUTO

A doença ou lesão física costuma trazer consigo algum tipo de perda grave ou perda potencial. Seu paciente pode não ser capaz de desempenhar seus papéis anteriores como trabalhador,

pai ou cônjuge, como antes. A perda pode ser drástica, como no caso de um AVC ou cirurgia importante, ou pode ser mais gradual, como um câncer de lento crescimento ou outra doença crônica. Muitas pessoas têm uma fantasia secreta de imortalidade, e a doença grave rompe essa fantasia. Certifique-se de passar tempo com seu paciente para compreender o significado mais profundo de sua perda. Com frequência, as coisas não são o que parecem.

EXEMPLO CLÍNICO: AS COISAS NÃO SÃO O QUE PARECEM

Uma pintora de 26 anos sofreu uma amputação traumática de seu braço dominante em um acidente automobilístico. No final da primeira semana de internação, as equipes médica e de enfermagem expressaram a preocupação de que a mulher não havia demonstrado tristeza por não poder pintar. Durante uma interconsulta psiquiátrica, a paciente afirmou que, na verdade, já queria buscar outra carreira e seria capaz de lidar com o fato de que não poderia mais pintar; porém, estava arrasada pelo pensamento de que jamais poderia abraçar completamente o bebê que sonhava em ter um dia.

O trabalho do luto é um termo aplicado ao processo de luto e de reajuste intrapsíquico necessário para a resolução da perda. Em seu trabalho com a morte e o ato de morrer, Kubler-Ross discutiu cinco estágios de sofrimento: negação, barganha, raiva, depressão e aceitação. No paciente doente fisicamente, as questões envolvidas com o sofrimento incluem perda de saúde, perda de função e perda da fantasia de que teria uma “vida mais longa” do que a realmente é possível. Nem todas as pessoas passam por todos os estágios, e estes podem não estar em uma ordem em particular.

Em suas interações terapêuticas com os pacientes que passam por uma perda, você pode facilitar o trabalho do luto necessário, utilizando algumas das abordagens a seguir:

- *Reconhecimento da perda* – como um profissional de saúde mental, você pode (e espera-se que o faça) trazer à tona assuntos que a família e outros evitam. Quando a perda é aberta, o paciente costuma estar disposto a falar sobre ela. Afirmativas empáticas como “Essa deve ter sido uma perda muito dolorosa para você” costumam promover um extravasamento de emoções.

- *Permitir que o paciente sinta dor* – resista à tentação de desviar os pensamentos de seu paciente de seus sentimentos de dor. Embora possa parecer natural apontar aspectos “positivos” da perda para confortá-lo, palavras muito mais úteis para a pessoa que está sofrendo são: “Posso ver que está sentindo muita dor. Conte-me mais sobre como é isso.”. Palavras de encorajamento, como “Gradualmente, chegará um momento em que a dor não será tão intensa ou não estará tão presente”, são adequadas, depois que o paciente tiver passado por algum trabalho inicial de sofrimento.
- *Normalizar a dor de seu paciente* – os pacientes podem sentir que estão perdendo a cabeça devido à intensidade de seu sofrimento. Esse pode ser o momento de assegurar que esses sentimentos são comuns e passarão com o tempo.
- *Tranquilizar, explorando padrões passados de luta* – peça a seu paciente que descreva a coisa mais difícil que já enfrentou no passado, e como conseguiu superá-la. Isso pode ser tranquilizador, já que lhe dá mais coragem para lidar com sua situação arrasadora. Esteja ciente de que, nesse processo, a dor de perdas anteriores que não foi sentida totalmente pode ser reavivada.
- *Monitorar sinais de perigo durante o trabalho do luto* – embora a redução do apetite e do sono sejam comuns durante o sofrimento e não indiquem necessariamente uma depressão importante, se forem graves ou persistirem por vários meses, pode ser necessário um tratamento farmacológico. Pensamentos passageiros sobre desistir não são incomuns, mas qualquer ideação suicida ativa deve ser explorada e monitorada com cuidado. Concluímos que pessoas que estão sofrendo podem tentar aumentar seu uso de tranquilizantes, antidepressivos ou medicação para dor, em uma tentativa de se automedicar e de entorpecer a dor do sofrimento.
- *Família* – esteja alerta para a possibilidade de a família de seu paciente não compreender o processo de sofrimento que está se desenrolando. Se necessário, faça um pouco de psicoeducação sobre a normalidade da perda, do sofrimento e do luto. Lembre-se de que os próprios familiares também podem estar sofrendo.

ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA À RAIVA

Os pacientes no *setting* médico frequentemente sentem raiva. Seu paciente pode ter raiva do simples fato de estar preso ao hospital. Em outros momentos, pode sentir raiva do hospital ou da equipe médica, por motivos como atrasos para receber a medicação ou responder às chamadas, erros de transporte, manuseio bruto percebido, visitas por membros da equipe que sejam consideradas muito breves, comunicação deficiente da equipe, entre outros. As expressões de raiva costumam ser mudas porque os pacientes têm uma relutância natural em criticar a equipe médica e de enfermagem da qual dependem tanto. Um simples questionamento costuma permitir que o paciente expresse emoções que estavam latentes, à flor da pele. Uma afirmação de simpatia, como “Entendo como, às vezes, você sente muita raiva e frustração”, podem trazer grande conforto e apoio. Normalmente, não há necessidade de redirecionar a raiva ou tentar convencê-lo a desistir desses sentimentos. Os familiares e amigos, por outro lado, em geral sentem-se desconfortáveis com essas emoções e podem tentar desviá-lo delas. Portanto, suas reuniões com o paciente assumem uma maior importância, dando-lhe a sensação de um “local seguro” para expressar a raiva.

Às vezes, a raiva do paciente sai do controle. Nessas situações, os membros da família, objetos dessa raiva, podem ser brutalmente hostilizados. Conflitos antigos são reavivados sem qualquer motivo aparente. O paciente também pode expressar hostilidade à equipe médica e de enfermagem. Ele pode recusar os medicamentos e procedimentos ou ameaçar sair do hospital contra a opinião médica. A não conformidade é um dos poucos comportamentos de atuação disponíveis para o paciente hospitalizado.

Quando chamado para consultar nessas situações, sua primeira atitude deve esclarecer e corrigir qualquer problema simples (embora os problemas raramente sejam simples). Encoraje seu paciente a ventilar e expressar seus sentimentos. Você pode prescrever benzodiazepínicos, para administração por um curto período, se a situação for aguda.

EXEMPLO CLÍNICO: TRÊS CASOS DE RAIVA DESLOCADA

Caso 1: Um homem de 56 anos, 48 horas após uma cirurgia de peito aberto, foi levado para a radiologia, para um raio X de tórax. O paciente

alegava que o médico não havia avisado sobre o exame. Sua família atenciosa o encorajava a ir para o raio X e a não fazer tantas perguntas. Já na sala de exame, determinou-se que esse não era o paciente que deveria fazer raio X, que não havia um exame marcado. O paciente foi levado de volta ao quarto, onde sua refeição já estava fria. Ele ficou muito bravo e recusou-se a comer a comida e a tomar os medicamentos. Foi pedida uma consulta psiquiátrica, e a natureza de sua raiva ficou muito clara. Ele estava com raiva da equipe pelo erro que haviam cometido, de sua família por desestimulá-lo a reclamar e de si próprio por não se expressar. Foi fácil ajudá-lo a compreender que as pessoas no hospital costumam ter medo de se expressar por temerem ofender os cuidadores, dos quais dependem para receber seus cuidados. A natureza desse sentimento e seu direito de se expressar foram discutidos, assim como a compreensão de que poderia ter ocorrido um erro mais grave. Essa discussão foi bastante benéfica para o paciente.

Caso 2: Uma mulher de 48 anos, com diagnóstico recente de câncer recorrente no ovário, estava sendo submetida a exames de diagnóstico no hospital. Sua irmã mais velha a via regularmente, porém, em um dia tempestuoso, perdeu uma visita. Durante a visita seguinte, a paciente expressou uma imensa raiva pela ausência da irmã no dia anterior e falou do “jeito típico que ela a tratava quando era criança”. A paciente também concluiu que estava perdendo seu tempo no hospital porque os “médicos agiam devagar e faziam exames demais”. Então, expressou sua vontade de sair do hospital, contra a opinião médica.

Caso 3: Um paciente de 26 anos estava sendo tratado na unidade de queimadura para queimaduras elétricas em sua mão, sofridas no trabalho como eletricista. Precisou de um retalho abdominal para enxerto de pele para a mão. Depois de três semanas em uma posição desconfortável, o enxerto falhou, e programou-se a repetição do procedimento. O paciente ficou bravo e frustrado. Culpou os médicos e os enfermeiros da unidade por não cuidarem adequadamente dele. Ele queria sair do hospital e ir para outro local, embora soubesse que seu hospital atual fosse conhecido por ter uma experiência notável nesse procedimento.

Em muitos outros casos concluímos que a raiva do paciente estava sendo deslocada para objetos externos. Ao contrário dos exemplos anteriores de raiva em que apenas era necessário um reconhecimento simpático, agora se usa uma manobra terapêutica habilidosa com uma delicada interpretação.

INTERPRETANDO A RAIVA

Para fazer uma interpretação correta, você deve perceber que esses pacientes estão, na realidade, com raiva de si próprios também. Sentem raiva de seu próprio papel, real ou imaginário, em sua doença ou acidente. Isso pode incluir uma raiva arraigada deles mesmos por estarem acima do peso, por fumar, pelos maus hábitos alimentares, por pularem *checkups* médicos, por terem bebido antes do acidente, entre outros. Os pacientes podem ficar bravos consigo mesmos por não terem uma recuperação rápida o suficiente, por precisarem de medicamentos para dor ou por não tolerarem os exames e pela situação hospitalar. Costumam sentir raiva e desapontamento em relação ao próprio corpo por falhar com eles. Esses sentimentos são, em sua maioria, inconscientes e inaceitáveis; por isso, são deslocados para objetos externos, como a equipe e a família.

Nessa situação, você deve decidir quanto à interpretação da verdadeira natureza da raiva. Uma afirmação tipicamente interpretativa pode ser: “Enquanto você culpa os médicos por não se recuperar com rapidez suficiente (ou sua família por não visitá-lo, etc.), acho que está com raiva de você mesmo por ter ficado doente (ou pelo acidente que sofreu, etc.)”. Lembre-se de que essa técnica pode, às vezes, precipitar uma grave depressão conforme os pacientes tornam-se dolorosamente conscientes da raiva direcionada a eles mesmos.

Uma abordagem mais suave é sugerir que a raiva do paciente está direcionada a um objeto intermediário. Por exemplo, ao tentar direcionar a raiva deslocada à equipe médica, sua interpretação pode tratar a raiva da “doença” ou do “acidente”. Essa afirmação pode ser: “Enquanto você expressa toda essa raiva a sua família por perder as visitas ou ao médico por fazer tantos exames, acho que está furioso mesmo é com o maldito câncer com o qual está lutando”. Essa interpretação indireta ou “imprecisa” costuma permitir que o paciente redirecione sua raiva das pessoas que estão tentando apoiá-lo e a leve para a fonte de sua dor psicológica. Além disso, mantendo o objeto externo (a “doença” ou a “lesão”), minimiza a autculpa, que pode ser tão arrasadora.

Sempre existe a possibilidade de você se tornar o objeto da raiva do paciente, seja pelo mesmo mecanismo de deslocamento ou devido à interpretação, sentida como “dolorosa” de alguma maneira, talvez por ser muito próxima da fonte da dor.

Essa possibilidade pode ser minimizada evitando-se interpretações no início do processo de consulta, antes que se tenha sido estabelecida uma relação positiva com o paciente. Essa relação positiva pode se dar no final de uma consulta inicial, depois de o paciente sentir sua atitude empática e cuidadosa, ou pode ser necessário esperar até uma visita de seguimento ao paciente. Às vezes, você pode ter poucas opções além de tentar dispersar a raiva logo no início, mas, é claro, deve estar preparado para lidar com os sentimentos de raiva dirigidos contra você.

ESCLARECIMENTO DAS FANTASIAS DO PACIENTE SOBRE A DOENÇA OU O ACIDENTE

Seu paciente geralmente tem sua própria ideia secreta sobre a causa da doença ou da lesão. Como parte de seu trabalho terapêutico com um paciente, explore essa fantasia. Sugerimos alguma variante da seguinte abordagem: “Sabe, todos costumam ter alguns pensamentos secretos sobre por que estão doentes (ou por que sofreram o trauma). Com frequência, essas ideias particulares não têm nada a ver com os fatos médicos ou com as circunstâncias aparentes, mas são significativos para a pessoa. Você pode dividir comigo seus pensamentos sobre o motivo pelo qual está nesta condição?”.

Frequentemente, os pacientes expressam sentimentos de culpa, como se estivessem sendo punidos por Deus ou por alguma força superior, ou como se houvesse uma força do destino contra eles. Alguns podem fantasiar que estão sendo punidos por atos passados, como não ter sido um bom filho. A fantasia costuma estar relacionada à estrutura psicodinâmica da personalidade do paciente. O indivíduo depressivo dependente, por exemplo, pode falar sobre um senso de inadequação e baixa autoestima.

O paciente obsessivo pode não ser capaz de compreender a fantasia. Aquele que pensa de maneira concreta pode ter dificuldade em ter quaisquer fantasias. Essas informações sempre são úteis no trabalho psicoterapêutico posterior com os pacientes.

VALOR TERAPÊUTICO DO “ENCONTRO COM A MORTE”

Qualquer doença grave, lesão ou, na realidade, qualquer condição que resulte em hospitalização relembra a maioria das

peessoas de sua mortalidade. O tempo passado na UTI é quase sempre interpretado como um “encontro com a morte”, e as defesas psicológicas usuais contra o desafio desta são reduzidas. Isto pode causar uma intensa ansiedade. Também causa uma regressão a sentimentos infantis mais vulneráveis e ao desejo de ser cuidado por figuras paternas e substitutos paternos.

Além disso, existe uma tendência a “fazer o balanço”. Quando o senso de imortalidade é “levado embora”, há uma oportunidade e motivação para uma autoavaliação honesta. Isso é similar a uma “crise de meia-idade”. Nesse tipo de crise, uma pessoa que acredita ter pelo menos uma chance de fazer mudanças importantes na vida pode ser mobilizada a agir e fazer mudanças na relação conjugal ou tomar medidas como comprar um carro conversível, comprar uma joia sonhada ou escolher uma nova carreira. Um paciente hospitalizado por trauma que passa por um “encontro com a morte” também pode passar por uma “crise de meia-idade”. Isso ocorre independentemente da idade. O paciente pode começar a fazer planos de mudanças para o futuro e costuma ser receptivo a intervenções psicoterapêuticas positivas. Os pacientes podem agora estar mais dispostos a fazer mudanças sérias no estilo de vida em relação a exercícios, hábitos alimentares ou uso de álcool ou drogas.

Perguntar ao seu paciente: “Como sua doença ou seu acidente mudou sua vida?” pode ser uma boa introdução ao seu processo de pensamento sobre esse tópico. Usar afirmações, como: “É melhor mudar minha vida, antes que seja tarde demais”, pode levar a um maior esclarecimento e a um encaminhamento para a psicoterapia.

ABORDAGEM DE TRATAMENTO DE NARRATIVA PSICODINÂMICA DA VIDA

Viedermann e Perry sugeriram uma técnica psicoterapêutica orientada por *insight* para tratar a depressão dos doentes. Os autores concluíram que pacientes doentes e deprimidos apresentam três características importantes:

1. Desequilíbrio psíquico com confusão e incerteza
2. Regressão com intensificação da transferência

3. Tendência a examinar a trajetória de vida – onde esteve, aonde está indo e as expectativas que atingirá

Viedermann e Perry descreveram sua intervenção sugerida como uma “narrativa psicodinâmica de vida”, já que é uma afirmação global sobre o significado da doença ou lesão no contexto da vida inteira do paciente, em oposição à interpretação de um único conflito. Utilizando essa abordagem, a primeira etapa para um terapeuta é examinar a vida presente e passada do paciente, com ênfase nos fatores psicológicos e nos relacionamentos. Isso geralmente pode ser feito em 2 ou 3 visitas de consulta junto ao leito. Durante esses contatos, as informações coletadas serão usadas, em última instância, para formular a narrativa psicodinâmica da vida. Nessas visitas preliminares, o terapeuta pode fazer afirmações esclarecedoras, afirmações de empatia ou talvez recomendações para a equipe médica relacionadas à medicação psicotrópica ou ao controle da dor.

Em algum momento, o terapeuta terá informações suficientes para fazer uma “interpretação da narrativa psicodinâmica de vida” para o paciente, que explicará qual o significado psicodinâmico da doença ou lesão para ele na ocasião. O grau de depressão é determinado como um resultado natural da psicologia pessoal do indivíduo, em vez de uma consequência inevitável da doença em si. A narrativa é elaborada para criar uma nova perspectiva e aumentar a autoestima, por meio da ênfase dos pontos fortes, suportes e mecanismos de luta do passado que o paciente considerou eficazes. A interpretação será mais bem recebida se for apresentada de forma engajada e vigorosa, que transmita ao paciente fascinação e interesse, assim como afirmação e esperança.

EXEMPLO CLÍNICO: TRÊS CASOS DO USO DA INTERPRETAÇÃO DA NARRATIVA PSICODINÂMICA DE VIDA

Caso 1: Uma mulher de 59 anos com câncer de mama foi submetida a uma mastectomia radical, que precisou ser acompanhada por radiação e quimioterapia. O prognóstico foi considerado bom, e seu marido e sua grande família eram muito atenciosos com ela. Entretanto, a paciente tornava-se cada vez mais deprimida. Nas consultas preliminares, conversou sobre como pensava em si mesma como a única entre suas cinco

irmãs que não havia ido para a faculdade, já que a maioria tinha graus avançados de educação, assim como seu marido e todos os seus filhos. Ainda assim, ela era o elo que mantinha a família unida. Organizava todos os eventos familiares e era muito ativa no cuidado dos netos pequenos e na ajuda e solução de outras crises familiares. A interpretação da narrativa revisou o papel da paciente na família e sua dificuldade em permitir que fosse auxiliada e mimada pela família durante os exames preliminares e a avaliação de seu câncer. A ideia de que estava muito fraca e cansada para cuidar dos outros lhe era apavorante. Sentia que isso a tornava sem valor e inútil para a família. O terapeuta refletiu como era interessante a maneira em que sua trajetória de vida e sua autoimagem de que tinha valor apenas pelas coisas que fazia pela família, quando, na realidade, mesmo no leito do hospital, era verdadeiramente valorizada pelos conselhos e pelo amor que dispensava o tempo todo. Na verdade, o terapeuta observou a amigável competitividade entre os familiares sobre quem poderia ficar com ela. Essa revisão e a nova visão de seus sentimentos pareceram ajudá-la a resolver a depressão aguda.

Caso 2: Uma mulher de 31 anos precisou de hospitalização prolongada, com um bom prognóstico. Tinha várias linhas de IV e estava confinada a um leito mecanizado especial, que fazia um constante som de zumbido quando girava de um lado para o outro. Ela tolerava o isolamento sensorial desse procedimento de uma forma incomumente boa, inventando histórias para si própria, mas tornou-se deprimida e chorosa quando foi transferida para um leito regular e ficou sem as linhas de IV.

Durante a entrevista psiquiátrica preliminar, surgiu a história de que era a mais nova entre vários filhos e sentiu-se negligenciada enquanto crescia. Quando criança, entretinha-se inventando histórias. Mais tarde, no Ensino Médio e na faculdade, disseram que era uma escritora talentosa. Depois da formatura, optou por trabalhar no depósito de madeira do pai, buscando sua aprovação. Estivera pensando em voltar a estudar para se tornar professora ou escritora, mas não tinha coragem de contar ao pai que não poderia mais fazer o trabalho físico necessário para o seu trabalho no depósito de madeira, devido à sua doença.

Na afirmação da narrativa psicodinâmica, disseram-lhe: “Você está deprimida agora porque acredita que, não podendo trabalhar no depósito, decepcionará seu pai e não será uma pessoa de valor; no entanto, sabe que quer ser escritora ou professora, e que é melhor do que a maioria das pessoas nessas tarefas. A verdade é que essa doença significa que você não poderá mais ser tão fisicamente ativa quanto antes, mas que pode fazer o que sempre quis fazer”.

Quando a paciente respondeu à narrativa de vida, reconheceu que se sentia negligenciada quando criança. Para compensar, suprimiu seus talentos e o desejo de ser uma escritora ou ensinar outras pessoas a escrever. Estava tentando agradar seu pai trabalhando em seu negócio, o que seus irmãos haviam se recusado a fazer. O impacto desse *insight* sobre a paciente foi bastante importante. Seu afeto mudou rapidamente, e ela se tornou mais receptiva ao apoio da família. Também começou a refletir sobre o futuro de modo mais positivo e realista.

Caso 3: Um estudante chino-americano, de 17 anos, foi hospitalizado com queimaduras de segundo e terceiro graus no rosto e no tronco. O acidente aconteceu quando estava consertando o forno no porão dos pais. Ele se recusava a participar da fisioterapia e estava sofrendo contrações debilitantes. Estava deprimido, parecia ter desistido e estar fechado para o mundo.

Durante uma série de entrevistas preliminares que exploraram sua história, ele indicou que não acreditava que merecia se recuperar. Finalmente, foi feita uma narrativa de vida psicodinâmica, que mostrou como ele sempre havia tentado ser um bom garoto – saindo-se bem na escola, trabalhando meio período e nunca discutindo com ninguém, nem mesmo com amigos e família. O terapeuta lhe disse que ele parecia nunca ficar bravo ou perder as estribeiras: “É claro que a raiva teria que sair de algum lugar, para evitar que explodisse. Veio no sonho que teve antes do acidente (um sonho no qual ele explodia sua casa). Agora, embora tivessem encontrado um defeito no equipamento de solda que causou o incêndio, você está convencido de que seu sonho se realizou e que estava tentando explodir sua casa. Como sempre foi tão bom, agora está sendo ainda mais duro consigo mesmo, por aqueles sentimentos de raiva”.

Depois que a raiva suprimida do paciente foi colocada no contexto de sua vida e vista como uma compreensível rebeldia adolescente, sua depressão começou a ceder e uma aliança terapêutica foi estabelecida para mais trabalhos com o terapeuta.

PSICOTERAPIA BREVE

Concluimos que uma variação das técnicas psicoterapêuticas breves de James Mann foi bastante útil para o *setting* clínico-cirúrgico. Os pacientes apropriados para esse tratamento podem ser aqueles que precisam de terapia endovenosa prolongada, como aqueles com osteomielite ou outras doenças infecciosas;

pacientes em tração, reabilitação ou fisioterapia; e pacientes com doença persistente que exija retornos prolongados ou regulares ao hospital, como os submetidos a transplantes, com câncer ou doença renal em estágio final.

Em sua entrevista inicial, tente identificar um conflito central que esteja causando a ansiedade ou depressão. Em nossa experiência, esses conflitos costumam estar refletidos nas dificuldades interpessoais que existiam antes da lesão. Problemas com figuras de autoridade, relações de dependência e questões de separação são exemplos comuns. Essa técnica é normalmente contraindicada na presença de psicose ou depressão profunda. O paciente deve ter um sensório claro e estar livre de dor significativa. Como essa abordagem de psicoterapia de curto prazo em geral envolve uma ruptura planejada do contato com o psicoterapeuta na conclusão do tratamento, pode ser aconselhável ter fontes de encaminhamento alternativas para os pacientes que se espera que sofram de repercussões psicológicas graves devido a uma doença ou lesão.

Com essa técnica, é essencial que o número de sessões planejadas e sua duração sejam esclarecidos previamente. A técnica usual descrita por Mann é composta de 12 sessões de 45 minutos cada, uma vez por semana. Concluímos que é prática e possível de trabalhar para reduzir o número total para 6 a 8 sessões e reduzir o tempo para 20 a 30 minutos por sessão. O tempo exato de cada consulta, incluindo a data final, deve ser claramente especificado antes. Isso é baseado na ideia de que saber a data de conclusão no início intensifica as defesas contra a separação e a perda e, assim, serve para enfatizar o conflito central a ser combatido com essa terapia.

Nas sessões iniciais de tratamento, permita que seu paciente ventile, expresse seus sentimentos e verbalize as preocupações e conflitos atuais. Conforme a terapia progredir para a segunda e terceira sessões, dê atenção particular a qualquer verbalização que indique uma transferência positiva, assim como qualquer menção à consciência do paciente da natureza limitada do tempo dessa terapia. Recomendamos que comece cada sessão observando, por exemplo, que “essa é a sessão número 4 de nossas 8 reuniões planejadas”, e assim por diante.

Essa técnica de tratamento é considerada eficaz porque a intensa técnica limitada pelo tempo mobiliza a transferência po-

sitiva. Na realidade, costuma haver uma rápida melhora sintomática nas 3 ou 4 primeiras sessões.

Durante as últimas sessões, seu paciente em geral expressará emoções relacionadas ao término da terapia, que se aproxima. Tristeza, sofrimento, raiva e culpa são comuns, já que ele não está lidando apenas com a separação de você, mas também a separação das equipes médica e cirúrgica que forneceram o cuidado quando estava indefeso e assustado. Uma parte essencial dessa psicoterapia é o exame dos sentimentos do término, já que estão relacionados ao presente e ao passado. Isso inevitavelmente será inter-relacionado com o conflito central que era o foco do tratamento.

Como terapeuta, você também pode ter seus próprios sentimentos de separação conforme o término se aproxima. Sua consciência desses sentimentos de contratransferência podem ser úteis para compreender como o restante da equipe médica e de enfermagem respondem a esse paciente. Na alta, toda a equipe de tratamento pode passar por um processo de separação.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO/MEDITAÇÃO

Vários pacientes descobrem que o relaxamento e a meditação ajudam até mesmo a aliviar a dor. A resposta ao relaxamento, descrita por Benson, merece atenção particular, pois comprovou acalmar a resposta do corpo ao estresse. As pesquisas sobre essas técnicas documentaram uma redução imediata da pressão arterial, da frequência cardíaca, da frequência respiratória e do consumo de oxigênio. Embora existam muitas variações e elaborações sofisticadas dessa técnica, há dois componentes essenciais a essa abordagem:

1. A concentração da mente da pessoa na repetição de uma frase, palavra, respiração ou ação.
2. A adoção de uma atitude passiva em relação aos sentimentos que passam pela cabeça da pessoa.

Em relação ao foco na respiração, a técnica de relaxamento costuma funcionar melhor quando o paciente é capaz de aprender a fazer a respiração abdominal ou diafragmática, em vez de

a respiração com o tórax. Se o paciente deitar de costas e colocar as mãos embaixo do umbigo, deve-se observar a elevação e a descida do abdome, com cada inspiração e expiração. Esse processo pode ser facilitado ao se pedir ao paciente que imagine um balão dentro do abdome. Cada vez que ele inspirar, deve imaginar que o balão se enche de ar, e cada vez que expirar, que o balão está esvaziando.

Instruções simples para a técnica de relaxamento (a simples observação da respiração ou uso de um mantra) estão relacionadas no texto a seguir.

Observando a respiração

Sente-se em uma posição cômoda, com as costas eretas e os olhos fechados, usando roupas confortáveis. Concentre sua atenção em sua respiração, sem tentar influenciá-la de qualquer maneira. Acompanhe os contornos do ciclo da respiração através da inspiração e expiração, observando os pontos onde uma fase se transforma na outra. Faça isso pelo menos por alguns minutos. Sua meta é simplesmente manter sua atenção no ciclo de respiração e observá-lo. Não importa o quanto sua respiração mude, continue a acompanhá-la.

Usando um mantra

Um mantra é uma frase ou palavra significativa que se repete em silêncio ou em voz alta durante a técnica de relaxamento/meditação. Pode-se escolher um nome santo ou uma breve oração de sua tradição religiosa ou escolher uma palavra ou frase neutra como “um”, “paz” ou “deixe”. Como ocorre com o exercício de respiração, assuma uma posição confortável e feche os olhos devagar. Respire profundamente algumas vezes. Então, deixe sua respiração fluir de forma natural e comece a repetir seu mantra no ritmo que achar agradável. Se sua mente começar a vagar, traga-a gentilmente de volta ao mantra. Tente isso por pelo menos alguns minutos.

SUGESTÃO DE LEITURA

- Benson H, Beary JF, Carol MP. The relaxation response. *Psychiatry* 1974;37(1): 37-46.
- Blumenfield M. Patients fantasies about physical illness. *Psychother Psychosom* 1983;39:171-179.
- Blumenfield M, Schoeps M. *Psychological care of the burn and trauma patient*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.
- Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1974.
- Kubler-Ross E. *Death: the final stage of growth*. New York: Mcmillan, 1975.
- Mann J. *Time-limited psychoterapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- Vierderman M, Perry SW. Use of psychodynamic life narrative in the treatment of depression in the physically ill. *Gen Hosp Psychiatr* 1980;3:177-185.
- Westberg GE. *Good grief – a construtive approach to the problem of loss*. Philadelphia: Fortress Press, 1962.

Questões sobre abuso de substâncias no *setting* clínico

Conceitos essenciais

- Problemas com o uso de álcool e substâncias, incluindo o abuso de benzodiazepínicos, podem ser encontrados em pessoas de todos os estilos de vida, do sem-teto alcoolista ao alto executivo e à doce senhora que mora ao lado. Portanto, sempre os considere no diagnóstico diferencial de qualquer um que apresente sintomas de intoxicação, dependência e privação.
- Desconfie particularmente da presença de abuso de substâncias em pacientes com *delirium* após uma cirurgia de emergência. Será preciso explorar a história de uso de substâncias do paciente.
- Deve-se perguntar aos pacientes o que usam e quanto usam. As perguntas do CAGE* são interessantes para se fazer. Alguns indivíduos não serão tão diretos quanto outros. Se você não perguntar algo, pode ser que nunca digam. Não aceite respostas vagas.
- Ao ajudar no manejo de pacientes em abstinência, lembre-se de que protocolos não passam de orientações. O tratamento deve ser individualizado, sendo preciso um acompanhamento diário para otimizar o tratamento, fazendo-se os ajustes necessários à dosagem.
- A dependência de nicotina é um problema muito comum na unidade de internação, especialmente porque a maioria dos hospitais proíbe o fumo. O trabalho de inter-relação entre os pacientes em abstinência de nicotina e a equipe pode ajudar a evitar comportamentos extremados (p. ex., abandonar o hospital contra a opinião médica porque não pode fumar).

* N. de T.: CAGE – aerograma que remete às perguntas do questionário: *cut down* = limitar; *annoy* = aborrecer; *guilty* = culpado; *eye opener* = precisa beber logo ao “abrir os olhos”.

Pacientes que abusam de substâncias geralmente se apresentam ao hospital com uma variedade de queixas físicas, e não com preocupações com o uso de substâncias em si. Certificar-se de que um rastreamento de toxicologia da urina seja feito assim que o paciente chega é muito importante para ajudar a determinar a presença de abuso de substâncias e evita o jogo de adivinhações que com frequência ocorre quando se suspeita do uso de substâncias, mas o paciente o nega veementemente (Tab. 17.1). Como psiquiatra interconsultor, você também tem a oportunidade de estimular o paciente hospitalizado a abandonar o abuso em um momento em que está mais receptivo, por estar enfrentando consequências médicas do abuso de substâncias.

Tabela 17.1 Duração aproximada das drogas quando detectadas na toxicologia da urina

Anfetamina e metanfetaminas	48 h
Barbitúricos	
De curta duração	24 h
De ação intermediária	48-72 h
De longa duração	2-3 semanas
Benzodiazepínicos em doses terapêuticas	3 d
Canabinoides	
Fumantes moderados	3 d
Fumantes diários	10 d
Fumantes diários pesados	3-4 semanas
Cocaína	6-8 h
Metabólitos da cocaína	2-4 d
Álcool etil	7-12 h
Metaqualona	7 d
Narcóticos	
Codeína	48 h
Heroína	36-72 h
Hidrocodona	24 h
Hidromorfona	48 h
Metadona	3 d
Morfina	48-72 h
Oxicodona	24 h
Propoxifeno	6-48 h
Fenilciclidina	8 d

(Adaptada com permissão de Hyman S, ed. *Manual of psychiatric emergencies*. Nova York: Little, Brown and Company, 1988:334.)

ÁLCOOL

O álcool é um problema significativo no *setting* hospitalar. Pode apresentar-se na forma de intoxicação por álcool, abstinência, dependência, alucinações, intoxicação patológica e, mais importante, *delirium tremens* (DT). Não é incomum que o usuário de álcool negue ou minimize o uso. Há alguns marcadores nos resultados laboratoriais que são muito sugestivos da presença de uso crônico do álcool, como elevação da gama glutamil transferase (gama) e outras enzimas hepáticas, macrocitose revelada pelo aumento do volume corpuscular médio, hiperlipidemia e hipercolesterolemia. Ferramentas úteis a serem usadas no diagnóstico incluem o questionário CAGE (Tab. 17.2) e as quatro primeiras perguntas do AUDIT – teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool, que abordam a frequência com que a pessoa bebe, quantas doses em um dia típico, com que frequência ingere seis ou mais doses, e quantas vezes no último ano percebeu que não era capaz de parar de beber, depois de começar. Não é difícil reconhecer um alcoolista intoxicado. O paciente geralmente apresenta álcool no hálito, a marcha atáxica, humor lábil e a fala arrastada, observando-se nistagmo. Pode-se administrar um benzodiazepínico ao paciente, junto com tiamina e folato, e deixar que durma. Você encontrará esses pacientes no pronto-socorro. Costuma ser melhor dizer-lhes um “durma até passar” antes de fazer uma avaliação completa.

No *setting* hospitalar, a abstinência do álcool pode variar de leve e descomplicada, que não exige medicamentos, a DTs floridos, que podem exigir infusão intravenosa (IV) de benzodiazepínicos, neurolépticos e restrições em uma unidade de terapia intensiva.

Tabela 17.2 Questionário CAGE

- C – Você já precisou *limitar* a quantidade de bebida?
- A – As pessoas já lhe *aborreceram*, criticando seu hábito de beber?
- G – Já se sentiu mal ou *culpado* por beber?
- E – Já tomou uma dose logo pela manhã para acalmar os nervos ou se livrar de uma ressaca (“abrir os olhos”)?

Um escore de pelo menos duas respostas positivas indica a necessidade de avaliação detalhada. (Ewing J. Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire. *JAMA* 1984; 252:1905-1907, com permissão.)

Os sintomas da privação do álcool podem ocorrer aproximadamente 6 a 8 horas após uma queda no nível de álcool no sangue. Sintomas graves têm início 24 horas após tal queda e podem ter o pico entre 36 e 48 horas. Podem ocorrer convulsões cerca de 6 a 48 horas após a abstinência. Os sintomas de abstinência incluem aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, tremores, aumento da irritabilidade, hiper-reflexia, diaforese, alucinações, convulsões e DTs.

Cerca de 5 a 6% dos alcoolistas apresentam a forma mais grave de abstinência, chamada DTs. Essa condição tem um índice de mortalidade de 5 a 10%. Geralmente, ocorre depois de três dias de abstinência. Os sintomas incluem desorientação, profunda reação autonômica excessiva de alerta, confusão intensa, alucinações visuais, incontinência, diaforese, febre, tremores intensos e midríase.

Ao manejar a privação do álcool, não se deve depender apenas dos vários protocolos disponíveis (Tab. 17.3). O tratamento deve ser individualizado, utilizando os protocolos apenas como guias. Não pode haver um substituto para as visitas diárias ao paciente e para o ajuste do benzodiazepínico, dependendo de como está o indivíduo. O uso de clordiazepóxido possibilita uma desintoxicação mais tranquila, mas você deve evitar causar muita sedação devido ao acúmulo do fármaco. A aspiração em

Tabela 17.3 Protocolos de desintoxicação do álcool

<i>Protocolo de clordiazepóxido: inicie apenas se o paciente apresentar sinais de privação do álcool</i>	<i>Protocolo de lorazepan: para pacientes dependentes de álcool hepática com doença</i>
50 mg q6h x 4 doses 25 mg q.i.d. x 8 doses 10 mg q.i.d. x 8 doses 25 mg q6h p.r.n. para sinais de privação	2 mg q6h x 4 doses 1 mg q.i.d. x 8 doses 0,5 mg q.i.d. x 8 doses 1 mg q6h p.r.n. para sinais de privação
Parâmetros de espera: sedação e pressão arterial < 90/60 ou pulso < 60	Parâmetros de espera: sedação e pressão arterial < 90/60 ou pulso < 60
Individualize o programa para pacientes específicos conforme necessário	Individualize o programa para pacientes específicos conforme necessário

um paciente muito sedado por clordiazepóxido é uma complicação rara, porém fatal. Por isso, não se esqueça de se certificar de “manter os parâmetros”. Tenha em mente que você não está com o paciente o tempo todo. Outra questão importante é que esse medicamento é mais eficiente se administrado via oral. O clordiazepóxido intramuscular tem absorção errática, não devendo ser usado. Em pacientes que não podem ingerir medicamentos via oral e naqueles com disfunção hepática, recomenda-se o uso de lorazepam. Em casos graves, pode-se precisar usar a infusão de lorazepam, junto com baixas dosagens de antipsicóticos, se o paciente apresentar características psicóticas ou estiver intensamente agitado.

EXEMPLO CLÍNICO: DOIS CASOS DE PRIVAÇÃO DE ÁLCOOL

Caso 1: Um homem de 50 anos perdeu o controle de seu carro e bateu em uma árvore. Tal acidente ocorreu sem o envolvimento de outros. O paciente estava consciente e totalmente orientado quando chegou ao hospital. Negou ter ingerido bebidas e seu nível de álcool no sangue não acusou intoxicação. Sofreu fratura da tíbia, que exigiu cirurgia imediata e anestesia geral. Um dia depois da cirurgia, apresentou leve *delirium*, com um pouco de confusão e desorientação. Os exames de imagens de seu cérebro feitos para excluir lesão na cabeça não demonstraram qualquer patologia. O *delirium* foi atribuído à anestesia ou à sua medicação pós-operatória para dor (morfina). No terceiro dia após a cirurgia, o *delirium* havia piorado. Apresentava tremores intensos, estava desorientado nas três esferas e reagia a alucinações auditivas e visuais. Relatava ver pequenas formigas no teto. Embora o paciente inicialmente tivesse negado ter problemas com álcool, seus exames da função hepática sugeriam patologia no fígado, e membros da família mais tarde admitiram que ele bebia muito. O paciente foi tratado com o protocolo de abstinência do álcool, usando-se clordiazepóxido e, em 48 horas, seu sensório estava normal e não apresentava mais alucinações.

Caso 2: Uma mulher de 75 anos foi internada por insuficiência cardíaca congestiva. Sua família estava viajando no momento. Em dois dias de internação, a paciente ficou confusa e observou-se que estava hipertensa. Um acidente vascular cerebral era o diagnóstico provável, embora as imagens do cérebro não o confirmassem e não houvesse sinais localizados. A paciente tornou-se paranoide e tinha alucinações visuais em

que enxergava o diabo fora de seu quarto. A equipe médica começou a considerar que ela apresentava efeitos colaterais de seus medicamentos ou, possivelmente, uma resposta tóxica a um produto de limpeza químico, pois sua vizinha afirmou que estava limpando sua casa no dia antes da internação. O estado mental da paciente não melhorou apesar da introdução de medicação neuroléptica direcionada aos sintomas psicóticos. Quando finalmente conseguiram entrar em contato com a família, perguntaram se essa condição poderia se dever ao segredo de família de que essa doce idosa era alcoolista. A paciente foi imediatamente tratada com o protocolo de clordiazepóxido e se recuperou completamente em três dias.

Os dois casos ilustram o fato de que a privação do álcool pode facilmente passar despercebida se não houver uma história evidente de alcoolismo. Por outro lado, não se deve ficar preso ao único diagnóstico de privação do álcool e DTs, especialmente se o paciente não apresentar melhora considerável com o protocolo de benzodiazepínico em 48 a 72 horas.

Quando o paciente que não está mais em *delirium* ou privação deseja interromper o uso do álcool, há várias opções possíveis. Recomendamos o encaminhamento da maioria desses pacientes para um grupo de 12 passos (como os Alcoólatras Anônimos). Alguns medicamentos podem ser usados para evitar o *craving*, incluindo naltrexona, desipramina ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina. O dissulfiram pode ser usado em pacientes altamente motivados; no entanto, deve-se evitá-lo em pacientes com disfunção hepática grave, neuropatias periféricas, gravidez, insuficiência renal e doença cardíaca. Em geral, esses medicamentos não devem ser iniciados até que o paciente seja inscrito em um programa de reabilitação do álcool, no qual possa ser monitorado com a devida atenção.

NICOTINA

Praticamente todos os hospitais proíbem o fumo no quarto do paciente, e a maioria dos pacientes dependentes de nicotina que vem a um hospital não está preparada para parar de fumar. Isso é uma causa frequente de conflitos entre o paciente e a equipe e de comportamentos de extravasamento (*acting out*).

EXEMPLO CLÍNICO: O FUMANTE BRAVO

Foi solicitada uma consulta psiquiátrica para um homem de 35 anos que estava atirando coisas no quarto. Ele estava em isolamento para tratamento de uma tuberculose resistente a múltiplos fármacos. Ele extravasava porque não lhe era permitido fumar. O paciente fumava escondido no banheiro. Quando o comportamento foi descoberto pela equipe, seus cigarros foram confiscados. Ele ficou bastante bravo e afirmou que fumava há 20 anos e que “de jeito nenhum” iria parar. Recusou um adesivo de nicotina e saiu do quarto, sem máscara, para sair e fumar fora do prédio, sem avisar ninguém. Foi então colocado em observação constante, e uma interconsulta psiquiátrica foi solicitada. O paciente estava atirando cadeiras e outras coisas no quarto quando o psiquiatra chegou para avaliá-lo. Ele se acalmou por um tempo suficiente para conversar. O paciente não tinha história psiquiátrica. Estava muito bravo com o que considerava ser uma violação de seus direitos. O psiquiatra conseguiu fazer com que ele e a equipe assumissem um compromisso. Ele teria permissão de ir ao pátio interno do hospital em horários marcados com antecedência durante o dia com seu acompanhante da equipe, mas precisava usar a máscara até chegar ao pátio. Logo depois de assumido o compromisso, ele não apresentou mais problemas de manejo.

Conforme sugerido pela história do caso, a intervenção da interconsulta, quando o paciente estiver exaltado, é muito importante. Você também pode usar o motivo da hospitalização como incentivo para tentar convencê-lo a parar de fumar. Use o Teste de Tolerância à Nicotina de Fagerstrom (Tab. 17.4) como ferramenta para determinar o nível de dependência e também uma dose de adesivo de nicotina (Tab. 17.5). A goma de mascar de nicotina é outra alternativa para substituir o cigarro. Você também pode iniciar o paciente em bupropiona (150 mg por dia durante três dias e então duas vezes por dia durante 7 a 12 semanas), desde que não haja história de convulsões.

Se o paciente não teve sucesso com a terapia de substituição da nicotina e/ou a terapia com bupropiona, ou se essas opções forem contraindicadas para ele, você pode tentar a vareniclina. Os primeiros relatórios mostraram que esse fármaco teve sucesso, porém, mais recentemente, a Food and Drug Administration e o fabricante do medicamento admitiram o aparecimento de estado de ânimo deprimido, ideação suicida e alterações

Tabela 17.4 Teste de tolerância à nicotina de Fagerstrom

Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?
() Em 30 minutos (1)
() Depois de 30 minutos (0)
Você acha difícil evitar o fumo?
() Sim (1)
() Não (0)
Qual cigarro você mais odeia ter que abrir mão?
() O primeiro na manhã (1)
() Qualquer outro (0)
Quantos cigarros você fuma por dia?
() 15 ou menos (0)
() 16-25 (1)
() 26 ou mais (2)
Você fuma com mais frequência durante as primeiras horas depois de acordar do que no resto do dia?
() Sim (1)
() Não (0)
Qual é o teor de enxofre de sua marca?
() Baixo (0)
() Médio (1)
() Alto (2)
Você traga?
() Nunca (0)
() Às vezes (1)
() Sempre (2)
Pontuação total: 1-6: dependência baixa a moderada da nicotina 7-11: alta dependência da nicotina.

Tabela 17.5 Adesivo de nicotina

21 mg/d x 4 semanas (6 semanas em fumantes inveterados)
14 mg/d x 4 semanas
7 mg/d x 2 semanas
Fumantes leves (<10/d) – não há necessidade do uso de adesivo

comportamentais e emocionais, que podem ocorrer em dias ou semanas a partir do início da vareniclina. Além disso, ela pode causar sonolência. Pacientes que usam esse medicamento devem ser monitorados e observados atentamente.

OPIOIDES: HEROÍNA, METADONA E ANALGÉSICOS OPIOIDES

A intoxicação por opioides é facilmente reconhecida porque inclui sonolência, miose, disartria e constipação. Uma superdosagem de opioide (com heroína; metadona; e medicamentos para dor, como oxicodona, meperidina, morfina e outras) pode resultar em estupor ou coma, depressão respiratória, edema pulmonar e morte. A intoxicação grave pode exigir a administração de naloxona, um antagonista de opioide (0,4 a 0,8 mg IV a cada 3 ou 5 minutos), até que o paciente esteja mais alerta e a respiração esteja normal. Sempre exclua a intoxicação por opioide em um paciente que esteja em coma, que apresente miose ou marcas de agulha em seus membros.

A abstinência de opioide não é tão potencialmente fatal quanto sua superdosagem. Os sintomas de privação podem ser divididos em estágios iniciais, intermediários e tardios. No estágio inicial, há lacrimação, bocejos, rinorreia e sudorese. Sono agitado, midríase, anorexia, arrepios, inquietude, irritabilidade e tremores ocorrem no estágio intermediário. Há uma crescente gravidade dos sintomas mencionados no estágio tardio, assim como taquicardia, náusea, vômitos, diarreia, cólicas, hipertensão, depressão, espasmos musculares e fraqueza. Os sintomas da privação normalmente começam por volta de 6 a 12 horas após a interrupção dos opioides, têm pico em 2 a 3 dias e terminam em 7 a 10 dias.

Ao manejar a abstinência, recomendamos o uso de clonidina (Tab. 17.6), a menos que haja contraindicação (disritmia cardíaca, insuficiência mitral ou aórtica ou tratamento com outro anti-hipertensivo). A metadona também pode ser usada. No entanto, lembre-se de que não se pode dar alta a um paciente em um programa de desintoxicação de metadona, já que, na maioria dos estados, somente clínicas autorizadas podem usá-la para fins de desintoxicação ambulatorial. Portanto, você deve usá-la apenas se souber que o paciente permanecerá no hospital por um período prolongado, ou pelo menos durante todo o período de desintoxicação. Comece com 30 mg por dia e acrescente 5 a 10 mg por dia, com base nos sinais e sintomas da privação. Pode-se, então, reduzir gradualmente em 5 mg por dia.

Uma das questões que você com frequência pode enfrentar como psiquiatra interconsultor é um paciente com “comportamento de busca de droga”. Isso costuma ocorrer quando um

Tabela 17.6 Protocolo de clonidina para abstinência de heroína

Clonidina 0,2 mg x q8h x 3 doses
Clonidina 0,1 mg q8h x 3 doses
Pode ser administrada em doses de 0,1 – 0,2 mg q2h em alguns casos
Pode ser usada com benzodiazepínico
Obtenha a pressão arterial antes de cada dose e espere se a pressão estiver < 85/55. Obtenha os sinais ortostáticos vitais após a administração. Sujeito a alteração, dependendo da condição médica do paciente.

paciente está com dor e pede opioides analgésicos. Quando há uma história de abuso de substância (mesmo que não seja de opioides), há uma hesitação por parte do médico de prescrever medicamentos para dor. Portanto, a maioria dos pacientes com tal história tem sua dor subtratada. (O Cap. 14 traz uma discussão mais extensa). No entanto, sempre existe a possibilidade de que o paciente realmente esteja “buscando a droga”; assim, uma avaliação cuidadosa é sempre essencial.

COCAÍNA E OUTROS ESTIMULANTES

A cocaína é um potente estimulante, conhecido nas ruas por vários nomes, como “coca”, “neve”, “*crack*”, “pó”, “dama branca”. Seu uso mais frequente se dá por fumo ou inalação, mas também é injetada ou engolida em forma de pó, pílula ou pedra. O potencial aditivo mais alto é com o fumo do *crack*, a forma *freebase* da cocaína.

Com a cocaína, há um estado exaltado intenso e de curta duração, seguido por depressão (“choque”). O uso prolongado pode resultar em alucinações e paranoia. A maioria dos usuários desenvolve uma dependência psicológica significativa, baseada nas recompensas positivas do uso inicial. A intoxicação se manifesta por meio de irritabilidade, ansiedade, excesso de fala, pupilas dilatadas e inalação. Alucinações táteis (“pequenos animais imaginários da cocaína”) também podem ocorrer. Na intoxicação grave, pode haver *delirium*. No *setting* de interconsulta psiquiátrica, o importante a ser lembrado é que a cocaína causa uma variedade de complicações clínicas significativas, mesmo nas doses que costumam ser usadas nas ruas. Há uma significativa

toxicidade cardiovascular com a cocaína, responsável por mortes súbitas de usuários. Além disso, pode haver danos à passagem nasal, danos aos pulmões e toxicidade hepática.

A metanfetamina é um estimulante conhecido como *crank*, *speed*, *cristal*, *ice* e “cocaína do operário”. Houve um aumento no uso dessa droga, e não é incomum encontrar pacientes que as usam no *setting* de interconsulta. O tratamento da agitação e da psicose observadas na intoxicação por estimulantes inclui o uso de antipsicóticos e benzodiazepínicos, particularmente o lorazepam.

BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos são bastante usados. Na década de 1960 até a década de 1980, eram medicamentos muito populares para insônia. É particularmente importante que se pergunte aos pacientes, de forma específica, sobre “comprimidos para dormir”, já que alguns podem não saber que usam benzodiazepínicos, mas sabem que usam comprimidos para insônia. Uma outra questão é que os adictos em benzodiazepínicos costumam conseguir seus comprimidos de diversos profissionais da saúde. É importante obter do paciente o consentimento para entrar em contato com seus médicos a fim de obter um quadro mais claro sobre o que ele usa. Quando os pacientes apresentam alterações no estado mental a privação desse deve ser considerada, caso sua história sugira o uso desse fármaco antes da hospitalização.

A intoxicação por benzodiazepínicos pode se apresentar de diversas maneiras, desde labilidade do humor, euforia ou desinibição até letargia, ataxia, disartria e nistagmo. Em alguns casos, pode haver *blackouts* ou episódios amnésicos. Se os níveis forem altos o suficiente para causarem depressão respiratória, pode-se usar flumazenil de forma lenta, até uma dose total de 3 a 5 mg, para reverter o efeito do benzodiazepínico. Você deve se lembrar que isso pode precipitar a privação desse fármaco.

EXEMPLO CLÍNICO: PRIVAÇÃO DE COMPRIMIDOS PARA DORMIR

Solicitou-se uma consulta psiquiátrica para avaliar uma senhora de 68 anos que havia sido submetida a uma apendicectomia de emergência três dias antes. O período pós-operatório imediato se deu sem eventos.

Três dias depois da cirurgia, a paciente, que não tinha qualquer história psiquiátrica anterior, subitamente tornou-se agitada e confusa. Via baratas voando em seu quarto e estava trêmula. Na avaliação, observou-se que ela não era capaz de focar a atenção. O psiquiatra conversou com o marido dela, que negou que a esposa tivesse qualquer história de uso de álcool. Em investigação posterior, ele revelou que ela usava comprimidos para dormir todas as noites nos últimos 20 anos. O psiquiatra pôde então determinar que a paciente havia usado triazolam. Dessa forma, foram administradas doses graduais de clonazepam e, por fim, a paciente melhorou.

No caso de privação de benzodiazepínicos, é importante evitar que ocorram convulsões. Pode-se usar o benzodiazepínico original ou clonazepam (um benzodiazepínico de longa duração) em doses de redução gradual.

Os benzodiazepínicos de curta duração são, na verdade, mais viciantes do que os de duração mais longa. Em geral, é difícil mudar o tipo de benzodiazepínico. Quando um paciente já está acostumado a usar um tipo em particular, por exemplo, alprazolam, diazepam e lorazepam, pode ser resistente a mudar. Recomenda-se, porém, converter esses benzodiazepínicos ao clonazepam, que possibilita uma desintoxicação mais tranquila (Tab. 17.7).

Tabela 17.7 Conversão do benzodiazepínico em clonazepam

Dose de clonazepam = dose do benzodiazepínico x (fator de conversão)	
Alprazolam:	0,25 mg (0,5)
Clordiazepóxido:	25 mg (0,005)
Clonazepam:	0,125 mg (1)
Diazepam:	5 mg (0,025)
Lorazepam:	1 mg (0,125)

DROGAS DE FESTAS

Há uma tendência crescente do uso de “drogas de festas”, que costumam ser usadas em casas noturnas, geralmente em festas que duram a noite toda, conhecidas como *raves*. Essas drogas incluem o metildioxi metilamfetamina (MDMA) (“ecstasy,” “X”), chamada o “avô de todas as drogas de festa”, o ácido gama-hidroxibutírico (GHB) e o *special K* (cetamina).

O MDMA, ou *ecstasy*, é uma droga perigosa, que interage com medicamentos metabolizados no sistema P-450. Seus usuários alegam ter *insights* e relacionamentos melhores com as pessoas, como efeitos positivos da droga. Ela causou a morte de pacientes que usavam antirretrovirais na Europa. Mais significativamente, o MDMA causa danos aos axônios centrais da serotonina no cérebro, graves danos hepáticos e hipertermia maligna.

O uso de GHB está aumentando. Essa droga é usada por uma variedade de pessoas, inclusive para tratar insônia, combater depressão e estresse, melhorar o desempenho atlético e sexual, desenvolver músculos e ficar “alto”. A intoxicação por GHB pode se apresentar com alterações abruptas entre agitação e sonolência ou coma. Em alguns casos, a agitação pode ser tão intensa que alguns pacientes podem acabar na UTI, entubados e ventilados. O tratamento é similar à privação do álcool, com benzodiazepínicos.

O *special K* ou cetamina é um anestésico que é inalado, fumado ou injetado via intramuscular. Pode causar alucinações e estado dissociativo (“*K-hole*”). A superdosagem ou intoxicação pode resultar em amnésia, depressão, hipertensão, *delirium* e depressão respiratória.

O cenário das drogas de festas é complicado pelo fato de que todas as drogas descritas são frequentemente combinadas a outras substâncias nocivas, como fenciclidina, cocaína e heroína, o que as torna ainda mais perigosas e imprevisíveis.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Instruir a equipe (enfermeiros e funcionários internos, em particular) que presta serviços internos sobre transtornos de abuso de substâncias, sobretudo atualizando-os sobre as mais recentes drogas nas ruas.
2. Desenvolver uma relação por meio de reuniões periódicas ou contato periódico com programas de reabilitação de álcool e drogas. Isso permite que você conheça os tipos de pacientes com os quais esses programas funcionam melhor. Também pode facilitar o encaminhamento para esses programas.

Conceitos essenciais

- Além das pessoas que sofrem diretamente o impacto de um desastre, há vítimas secundárias que também podem ficar traumatizadas. Esse grupo inclui policiais, bombeiros, técnicos de emergência médica (TEM), profissionais da saúde, incluindo profissionais de saúde mental, e membros da mídia.
- A indisponibilidade de medicação, em geral usada regularmente, depois de um desastre, pode exacerbar condições médicas e psiquiátricas.
- De acordo com pesquisas recentes o *debriefing* não previne o desfecho negativo de longo prazo e pode gerar dificuldades psicológicas em algumas pessoas.
- A abordagem psicológica geral atual depois de um desastre tem como objetivo promover a capacidade de recuperação, manejando o estresse agudo, e é conhecida como primeiros socorros psicológicos.
- A aplicação de técnicas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode reduzir o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT).
- Em situações de acidentes químicos e biológicos ou terrorismo, o diagnóstico diferencial entre ansiedade, pânico e *delirium* devido à etiologia tóxica precisa ser compreendido.

Os psiquiatras e outros profissionais de saúde mental que trabalham no *setting* de interconsulta psiquiátrica podem esperar ser chamados para responder a desastres e ameaças de desastres ou ataques terroristas junto com outros membros da comunidade médica. Seria um erro recusar-se e dizer que não tem treinamento para desastres e deixar essa tarefa para outros, que podem não ser tão qualificados quanto você. Aqueles que trabalham com pacientes de trauma ou queimadura podem se sentir mais confortáveis com essa tarefa e podem ter participado de planejamento para eventos de múltiplas casualidades. O fato é que trabalhar

diariamente com doenças, traumas, morte, *delirium*, sofrimento, famílias e crianças nos momentos mais difíceis prepara você para responder ao desastre.

Dito isso, também há um forte motivo para se fazer treinamento na psiquiatria de desastres, antes que o desastre aconteça. São administrados cursos no encontro anual da American (Psychological) Psychiatric Association (APA), ademais uma quantidade cada vez maior de palestras, seminários e outros eventos de educação médica continuada disponíveis em vários *settings* sobre esse assunto. Também há vários artigos de periódicos e alguns novos livros excelentes. O *website* da APA, www.psych.org, traz informações úteis imediatamente disponíveis para uma revisão rápida. Procure na página inicial, em recursos, em especial no Disaster Handbook, que pode ser facilmente baixado. As filiais regionais da APA possuem comitês de desastres, dos quais você pode fazer parte ou entrar em contato, no momento de um evento.

Quando se envolver nessa área, lembre-se também de que há muitas vítimas de um desastre, além das vítimas primárias e suas famílias. A polícia e o corpo de bombeiros frequentemente sofrem traumas psicológicos de suas experiências ao auxiliar no período posterior ao desastre. Da mesma maneira, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, e até mesmo profissionais da saúde mental, são impactados pelo trauma quando tentam ajudar as vítimas primárias de um desastre. Membros da mídia (que narram os desastres, entrevistam as vítimas e sobreviventes e veem os efeitos desses eventos) também costumam ficar traumatizados. Essas vítimas secundárias em geral negam o impacto.

PRINCÍPIOS GERAIS

Cada situação de desastre é diferente. Pode não haver sobreviventes ou haver relativamente poucos danos físicos, mas grandes quantidades de famílias, amigos e colegas de luto. Com frequência, há muitas pessoas desabrigadas. Depois do cuidado imediato dos danos físicos, a atenção é dirigida ao suprimento de alimentos e abrigo, assim como à tentativa de reunir as famílias. Auxiliar nessas necessidades básicas e fornecer apoio pode pos-

sibilitar que os profissionais de saúde mental obtenham a confiança das vítimas do desastre. Isso também os coloca na posição de reconhecer os problemas psicológicos agudos nessas vítimas. Pessoas incapazes de cuidar de si próprias, por causa da desorientação devido a uma concussão ou a um ferimento na cabeça ou por causa de uma reação dissociativa, precisam ser imediatamente reconhecidas. Deve-se dar prioridade à garantia de que as pessoas tenham os medicamentos que usam regularmente. De particular importância são os fármacos cardíacos, anticonvulsivantes e outros para condições médicas importantes, assim como ansiolíticos com potencial de graves efeitos de privação, antipsicóticos, estabilizadores do humor e antidepressivos. Os psiquiatras podem se esforçar para garantir que esses medicamentos estejam incluídos nos estoques para emergência, antes de um desastre, e podem ser de extrema utilidade na sua distribuição adequada, no momento de um evento catastrófico.

Há até pouco tempo, o *debriefing*, um modelo de grupo no qual fatos, pensamentos, reações e estratégias de luta foram discutidos sob orientação de um líder ou facilitador de grupo, foi usado em *settings* diversos. Entretanto, pesquisas comprovaram o fato de que não há evidências de que ele evite desfechos negativos de longo prazo, e alguns estudos demonstraram uma maior incidência de desfechos negativos dessa técnica. A abordagem geral atual é direcionada a promover a capacidade natural de recuperação, manejar o estresse agudo e, possivelmente, prevenir problemas emocionais de longo prazo, embora as pesquisas ainda esclareçam como atingir esse último objetivo com sucesso. O tipo de intervenções recomendado está sendo chamado de *primeiros socorros psicológicos*.

PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS

Conforme já descrito, a mobilização de apoio para suprir as necessidades básicas (alimentos, abrigos e medicamentos), prover condições adequadas de vida, reunir as pessoas com seus familiares e fornecer outras formas de apoio social são atitudes essenciais. As famílias devem ser mantidas unidas sempre que possível, devendo haver informações disponíveis sobre a situação do desastre e os recursos disponíveis. Isso pode ser feito por meio

de reuniões pessoais, distribuição de material escrito, reportagens na mídia e pela *internet*. Os profissionais de saúde mental devem fazer parte da equipe que prepara o material. Lembre-se de que as necessidades físicas, o contato interpessoal e até mesmo as informações educacionais necessárias podem variar de pessoa para pessoa e em grupos culturais, sociais e entre os sexos. Você deve tentar se informar sobre as normas culturais por intermédio de líderes culturais da comunidade que compreendam as pessoas afetadas. Isso pode ser particularmente importante no confronto de rituais relacionados à morte.

INTERAÇÃO COM SOBREVIVENTES DO DESASTRE

Um bom clínico que tenha trabalhado em interconsulta com pacientes doentes e feridos e suas famílias terá a experiência de como abordar uma pessoa em uma situação pós-desastre de forma não inoportuna e solidária. Essa pessoa precisa de conforto físico e emocional e deve ser ouvida com respeito às suas preocupações imediatas. Dar atenção, alimentação, informações e mais assistência prática é geralmente a primeira etapa na interação. Pode ser necessário acalmar e orientar os sobreviventes combalidos e, às vezes, mas certamente nem sempre, um tranquilizante pode ser útil. Todas as precauções adequadas e a antecipação de efeitos colaterais devem ser levadas em consideração na administração da medicação. Conforme observado, não é necessário que o paciente seja estimulado a discutir ou reviver as experiências emocionais recentes, e, na verdade, isso pode interferir com o processo natural de recuperação. Entretanto, se o indivíduo desejar fazê-lo, o médico deve estar preparado para ouvi-lo e, se apropriado, tranquilizá-lo, dizendo que a resposta emocional é compreensível.

Pode ser útil fornecer informações e instruções sobre as reações de estresse e desafio que ajudarão o sobrevivente a lidar com o desastre e suas consequências. Todos os esforços devem ser empreendidos para fornecer à pessoa informações sobre os serviços disponíveis que possam ser necessários no futuro. O ideal é que isso seja feito por escrito a fim de poder ser consultado mais tarde.

PSICOTERAPIA

O ambiente em geral não é propício para psicoterapia logo após um desastre. Sessões individuais de apoio podem ser úteis, e certamente os indivíduos podem retomar uma psicoterapia anterior, que agora abordará o evento traumático recente. A abordagem da TCC comprovou ser útil para mulheres vítimas de estupro, mas foi administrada somente várias semanas depois do trauma. Sugeriu-se que a TCC pode ser útil para tratar sintomas de TEPT após um desastre e que pode reduzir o risco de TEPT de longo prazo. Também há algumas evidências de que essa técnica pode ser útil para minimizar o TEPT em indivíduos que tenham sofrido lesão cerebral leve. Deve-se obter treinamento especial no uso dessas técnicas, sendo ainda necessárias mais pesquisas antes que essa abordagem seja utilizada regularmente.

MEDICAMENTOS

O tratamento farmacológico mais conservador, conforme descrito, seria a tentativa de garantir a continuação do tratamento de condições psiquiátricas crônicas com os fármacos prescritos anteriormente. O uso a curto prazo de medicamentos-padrão para insônia e de medicamentos para ansiedade grave persistente ou manifestações psicóticas poderia ser feito de acordo com o julgamento clínico. A precipitação de depressão grave ou mania em indivíduos particularmente vulneráveis exige psicofarmacologia, associada a observação clínica e hospitalização, conforme necessário.

Há pesquisas em andamento que podem estabelecer o uso de agentes anticonvulsivantes/*anti kindling* que exerçam seus efeitos por meio da inibição de agentes glutaminérgicos. Há também a possibilidade de redução da ativação hipotalâmica-pituitária-adrenal com cortisol, o que pode prevenir o TEPT. O aumento das atividades serotoninérgicas com inibidores seletivos da recaptação da serotonina e outros fármacos também está sendo considerado. O propranolol, como antagonista beta-adrenérgico, pode provar ser útil no bloqueio da potencialização da consolidação do traço da memória traumática. No entanto, até que isso

seja estabelecido ou até que exista um contexto adequado para estudo, essas ainda não são abordagens de tratamento padrão.

QUESTÕES ESPECIAIS RELACIONADAS A TERRORISMO BIOLÓGICO, QUÍMICO E NUCLEAR

O terrorismo biológico, químico ou nuclear (ou radiação) ou a ameaça imediata desses tipos de ataques levanta determinadas questões psicológicas e psiquiátricas que podem precisar ser abordadas por um consultor psiquiátrico. Como os efeitos desses agentes são muito diferentes dos efeitos usuais de explosão, incêndio, terremoto e outros eventos climáticos, é compreensível que exista um grande medo e potencial pânico diante de ameaças emergentes. Embora muitas pessoas possam ser afetadas por esses agentes, também é possível que apenas um número relativamente pequeno delas seja de forma direta atingido, porém pode haver histeria e pânico em massa. Além disso, esses agentes podem se espalhar de forma rápida e silenciosa, o que leva a esse pânico.

Agentes químicos e alguns agentes biológicos agem diretamente sobre o sistema nervoso central. Por um lado, podem se apresentar como *delirium* ou outros sintomas que lembrem os sintomas neurotóxicos bem conhecidos pelos psiquiatras, que podem incluir ansiedade extrema, agitação, depressão e psicose. Estes podem precisar ser distinguidos de indivíduos que não tenham sido afetados por tais agentes, mas que apresentem ansiedade acentuada e pânico devido ao contágio do medo. Da mesma maneira, os efeitos da radiação podem resultar em náusea imediata e em efeitos de longo prazo de danos a gestantes e crianças e aumento do risco de câncer. A possibilidade desses efeitos também pode resultar em histeria em massa e em sintomas psicossomáticos em indivíduos não expostos. De modo similar, um evento biológico, como uma epidemia de gripe, pode criar esses problemas e gerar difíceis decisões envolvidas no isolamento de pessoas. Um consultor psiquiátrico pode ser extremamente útil na triagem em todas essas situações, já que tem o conhecimento e a experiência para diagnosticar e compreender os transtornos de pânico e ansiedade, assim como *delirium* e outras condições orgânicas.

COMUNICAÇÕES DE RISCO

Em um mundo de comunicações em massa, ameaças iminentes, reais ou imaginárias, são prontamente transmitidas pelo mundo todo. A mídia nacional ou local, assim como pessoas que fornecem conteúdo para a *internet*, precisam de aconselhamento de consultores psicológicos. Da mesma forma, os políticos locais e administradores hospitalares que falam para a mídia devem avaliar o delicado equilíbrio necessário para transmitir informações genuínas ao público, a fim de protegê-lo sem precipitar histeria em massa e ansiedade e pânico indevidos em adultos e crianças. Um psiquiatra de interconsulta bem informado que conheça as implicações psicológicas e as ameaças médicas pode acabar sendo a melhor pessoa para auxiliar nesse processo de instrução.

Conceitos essenciais

- Kubler-Ross descreveu cinco estágios pelos quais os pacientes passam quando estão morrendo. Chegar à aceitação total tem a ver com uma relação constante com alguém confiável e que se importe com você.
- É tão importante a maneira como você conta a um paciente sobre uma doença terminal quanto contar que sofre de uma doença fatal. Como você conta ao paciente depende de como você o ouve.
- A ansiedade em relação à morte pode geralmente ser compreendida como ansiedade de separação e medo de abandono. Visitas regulares pelo psiquiatra de interconsulta podem ajudar o paciente a se sentir conectado e manter a autoestima.
- Qualquer coisa que possa ser feita para ajudar o paciente que está morrendo a manter seus relacionamentos com seus entes queridos durante esse estágio na vida pode ser muito significativa.
- O psiquiatra de interconsulta precisará se relacionar com outros profissionais de saúde para assegurar que as técnicas de controle da dor e outros cuidados paliativos sejam otimizados.
- Reconheça que o trabalho com pacientes que estão morrendo pode fazer com que você e outros profissionais de saúde identifiquem pessoas e eventos passados na sua vida ou na deles.
- Ajudar os colegas a trabalhar com pacientes que estão morrendo é um papel importante para o psiquiatra interconsultor.

Há muitos anos, quando um de nós era atendente júnior, Elizabeth Kubler-Ross veio fazer grandes ciclos de palestras sobre a morte e o ato de morrer. Descreveu, então, seu trabalho pioneiro, definindo os cinco estágios envolvidos na aceitação da morte causada por uma doença terminal. Esses estágios eram negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e, finalmente, aceitação. Ela relatou que 90% de seus pacientes chegavam ao estágio de aceitação antes da morte. A dra. Kubler-Ross nos deixou fazer perguntas depois da primeira parte de sua conver-

sa, e alguém perguntou por que tantos de seus pacientes conseguiam chegar à aceitação, enquanto muitos de nós atingíamos uma média de índice de sucesso de apenas 10 a 30%. Ela encolheu os ombros e disse que não sabia qual era o motivo para essa disparidade. Então, continuou a falar, e narrou vários casos clínicos. Depois de ouvir o exemplo a seguir, entendi o motivo da alta porcentagem de pacientes que atingiam a aceitação com a dra. Kubler-Ross.

EXEMPLO CLÍNICO: A PACIENTE NO LEITO DE MORTE QUE ESTAVA PRONTA PARA FALAR

Uma garota de 18 anos estava morrendo de linfoma de Hodgkin. Ela havia passado algum tempo conversando com a dra. Kubler-Ross sobre seus sentimentos, mas ainda não estava no estágio de aceitação. Era véspera de Ano-novo, e a doutora estava com seu marido, preparando-se para uma grande reunião social naquela noite em sua casa. Quando colocava algo no forno, recebeu uma ligação do hospital, indicando que a paciente estava “pronta para falar”. A médica relatou que olhou para o marido, ele a olhou de volta e disse: “É claro que você deve ir”. Ela foi ao hospital e perdeu a maior parte de seu evento social, mas a jovem conseguiu relacionar coisas significativas para ela, que refletiram em uma nova aceitação de sua doença terminal. Ela morreu pouco tempo depois.

Sabemos, agora, que os pacientes não atravessam simplesmente os cinco estágios, de maneira sequencial. Ao contrário, costuma haver uma fluidez de defesas variáveis conforme uma pessoa avança e retrocede, ora com raiva ora barganhando com Deus ou consigo mesmo. A negação pode ser um mecanismo de defesa muito poderoso, que não é usada apenas por aqueles vulneráveis e frágeis. Como outros mecanismos, sua finalidade é proteger a psique de uma ansiedade devastadora.

Os pacientes geralmente não “desistem” de um mecanismo de defesa a menos que recebam alguma gratificação psicológica que permita que fiquem menos ansiosos do que antes. Na psicoterapia, essa gratificação vem com a entrada em um diálogo significativo com outra pessoa que se importe. Isso possibilita que o paciente finalmente desista de uma defesa de proteção. Assim, ficou claro que a paciente da dra. Kubler-Ross sabia que podia contar com sua terapeuta e, então, se sentiu confortável para falar sobre sua morte prevista.

CONTAR OU NÃO CONTAR

Com frequência, os psiquiatras de interconsulta são chamados quando os médicos enfrentam a questão de contar ou não ao seu paciente sobre sua doença terminal ou devido a alguma reação emocional ao redor do paciente que fica sabendo de um prognóstico fatal. Isso costuma ser um desvio do verdadeiro foco do problema, o que quer dizer que é outra daquelas situações que não é o que parece ser. Certamente, antes da década de 1970, os médicos quase nunca contavam aos pacientes sobre seu prognóstico terminal. Então, houve uma revolução no treinamento médico quando estudantes, e pela primeira vez foram ensinados sobre a morte e o ato de morrer. O problema é que, enquanto muitos médicos sabiam o que queriam dizer aos seus pacientes, eles não sabiam realmente como falar e ouvir sobre esse importante estágio na vida. É aí que o psiquiatra interconsultar costuma entrar em cena. Quando você for chamado para uma consulta sobre uma questão de morte e o ato de morrer, não presuma nada.

Embora o paciente seja normalmente o objeto primário da consulta, você deve pensar nos médicos, nos enfermeiros e na família, já que qualquer um deles, ou todos eles, podem influenciar a questão presente. Se a questão for de fato: “Devemos contar ao paciente?”, então a próxima pergunta deve ser: “Contar o quê?”. Significa “contar que está com câncer?” ou “contar sobre o prognóstico terminal?”. O que quer dizer um prognóstico terminal? Quer dizer que se espera que o paciente morra em breve sem tratamento ou que o tratamento pode ou não prolongar sua vida? Como será sua qualidade de vida? Mais importante, se houver uma opinião quanto a contar ou não ao paciente, quem tem essa opinião? É o médico, a família, os enfermeiros ou o paciente?

Às vezes, a família não quer que o médico conte ao paciente a extensão ou o prognóstico da doença e, às vezes, o paciente não quer que a família saiba a verdade. Ocasionalmente, vimos as duas partes pedindo ao médico que não contasse à outra sobre uma doença terminal.

No século XXI, o nosso código de ética e a inclinação da maioria dos médicos dizem que o paciente tem direito a receber todas as informações sobre sua condição médica. Alguns podem argumentar que deve haver exceções se as informações causarem mais danos ao paciente. Seria, então, incumbência da pessoa que faz o argumento ter provas convincentes disso. Para haver um

debate sério sobre a questão, é necessário um comitê de ética hospitalar para mediar a situação. (O psiquiatra de interconsulta deve se ater às questões psiquiátricas e não tentar ser uma fonte de ética médica, quando na função de médico.)

Ouça o paciente

Na realidade, o psiquiatra não deve ser a pessoa a contar ao paciente sobre a natureza da doença ou o prognóstico. Isso deve ser feito pelo médico que acompanha o tratamento (às vezes com sua ajuda, como indicado no texto a seguir). Você não deve ser atraído a uma situação de transmitir essas informações e deve sempre estar em guarda para não fazê-lo inadvertidamente durante uma consulta. Entretanto, é perfeitamente aceitável, sendo uma boa técnica, perguntar ao paciente o que ele sabe sobre a natureza da doença e também o que lhe disseram sobre a visão geral ou o prognóstico dela. Em geral, você descobrirá que os pacientes sabem que sofrem de uma doença terminal muito antes de a equipe médica decidir contar. O paciente pode ter visões mais otimistas sobre a possibilidade de vencer a doença ou sobreviver por um longo período, mais do que o que pode ser o desfecho esperado. Isso pode ou não ser uma “negação” da realidade. A negação torna-se importante quando interfere na possibilidade de um tratamento significativo. Também pode ser importante se a pessoa está negando a realidade de uma doença e tomando decisões de vida que podem prejudicá-la ou prejudicar sua família (p. ex., o paciente que nega o fato de uma doença potencialmente fatal e está comprando uma nova casa, o que criará dificuldades para a família). Lembre-se de que um paciente pode ser ajudado a compreender que sofre de uma doença grave e incapacitante, mesmo se não estiver pronto para aceitar que ela tem um prognóstico muito ruim.

Talvez a pergunta mais importante que você possa fazer ao paciente nessas situações seja: “Que perguntas sobre sua doença você tem a fazer para o seu médico?”. Pode ser muito útil, como consultor, ensinar seus colegas médicos e cirurgiões a fazer essa pergunta. Quando nos perguntam o que devem contar aos seus pacientes, podemos mostrar-lhes como fazer essa pergunta periodicamente. Podemos ensiná-los a ouvir seus pacientes (de preferência sentados ao lado do leito) e transmitir a ideia de que

estão preparados para compreender suas questões e dar as respostas da melhor forma que puderem.

Com frequência, um paciente expressa o desejo de saber todos os detalhes sobre sua doença e, então, muda de ideia. O médico deve estar alerta para uma mudança no equilíbrio do paciente sobre esse importante assunto. O primeiro exemplo neste capítulo mostra uma mudança de ideia da paciente, que quer conversar mais sobre a natureza fatal da doença. O exemplo a seguir revela a mudança no sentido oposto.

EXEMPLO CLÍNICO: O MÉDICO QUE MUDOU DE IDEIA

O paciente era um jovem médico, que precisava ser submetido a uma laparotomia exploratória. A possibilidade de uma malignidade era muito real. Na noite anterior à cirurgia, ele pediu ao cirurgião que fizesse uma promessa. Não importava o resultado, o cirurgião deveria procurá-lo depois do procedimento e contar-lhe tudo que fosse descoberto e o prognóstico. Na realidade, ele disse que não assinaria o formulário de consentimento a menos que a promessa fosse feita. O cirurgião concordou. Durante a cirurgia, descobriu-se que o paciente tinha uma metástase muito difundida e inoperável, com um grave prognóstico. A incisão foi fechada após uma breve exploração e, depois que o paciente se recuperou da anestesia, o cirurgião o visitou. Ele se sentou ao lado do leito e estava preparado para discutir as tristes descobertas. O paciente, porém, não demonstrou interesse em ouvir toda a história. Ele presumiu que haviam cuidado da lesão e não tinha perguntas a fazer ao cirurgião.

Estar com o paciente

Todo interconsultor psiquiátrico deve ter a experiência de acompanhar pacientes durante o processo de morrer. Você descobrirá que isso pode ser muito gratificante, assim como um processo útil e significativo, para o paciente. Em circunstâncias ideais, os entes queridos – família e/ou amigos – é que devem compartilhar esse momento com o paciente, mas, às vezes, a situação é tão emocional para eles que não são capazes de tolerar a proximidade nesse estágio. Você pode ser capaz de ajudá-los durante esse momento, ou ficar junto com eles. É claro que, como psiquiatra interconsultor, você tem outras responsabilida-

des, e normalmente não pode passar um período prolongado que um familiar pode passar com um parente que está morrendo. No entanto, visitas regulares, mesmo que breves, podem possibilitar uma conexão, que será extremamente útil e significativa para o paciente à beira da morte. Lembre-se de que há um corpo cada vez maior de evidências que demonstram que a atitude e a comunicação do médico também têm um papel crucial na facilidade com que os pacientes lidam com as más notícias.

Outro motivo para o psiquiatra de interconsultor ter uma experiência de primeira mão com essa fase da vida é que também é seu papel ensinar os colegas médicos e cirurgiões como estar com um paciente prestes a morrer. Com frequência, nossos colegas são muito receptivos a aprender como lidar com os aspectos emocionais desse estágio da vida.

PAPEL DA CULTURA E DA RELIGIÃO

A compreensão dos costumes culturais, religiosos e étnicos será útil no tratamento e na interação com um paciente que está morrendo, assim como com o subsequente sofrimento da família e dos amigos.

ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS DO TRABALHO COM UM PACIENTE À BEIRA DA MORTE

Aspectos psicológicos do morrer

Tenha cuidado quanto a suas próprias identificações e sentimentos quanto à morte. Embora seja sempre bom monitorar sua própria contratransferência, as coisas que o fazem ansioso ou deprimido sobre o morrer podem não estar impactando seu paciente. (Podem nem mesmo ter um impacto sobre você, quando estiver nesse estágio da vida.) Algumas das questões psicológicas comuns que podem surgir estão relacionadas e são discutidas no texto a seguir. É melhor ouvir seus pacientes articularem suas próprias preocupações e então talvez esclarecer, validar ou interpretar essas preocupações, em vez de dizer-lhes o que provavelmente estão sentindo ou questionar sobre coisas que as outras pessoas costumam sentir nessa situação.

Ansiedade de separação e perda

Como ninguém experimentou a morte e a discutiu, a experiência mais próxima que a maioria das pessoas relaciona à antecipação da morte é a “separação”. Os pacientes podem sentir intensamente que estão se separando de entes queridos. Pode-se esperar que pessoas que nunca lidaram bem com a separação quando crianças tenham mais ansiedade do que aquelas que lidaram bem no passado. Alguns pacientes também podem sentir a perda de eventos antecipados (p. ex., o casamento de filhos, netos, etc.).

Ficar sozinho é particularmente difícil para muitas pessoas. Quando a família, religiosos ou você assumirem um compromisso de estar ao lado do paciente no fim da vida, isso pode ser experimentado como um grande apoio. “Ficar em contato” pode ser importante, e, como tal, mesmo um toque físico mínimo pelo psiquiatra pode ser muito significativo para o paciente. Com certeza, visitas regulares, mesmo se bastante breves (mas de preferência sentando-se ao lado do leito, em vez de ficar em pé), transmitirá a ideia de que o paciente não está sendo abandonado.

A ideia de continuar a viver por meio de outras pessoas emerge aqui e, quando apropriado, o paciente pode desejar falar sobre esses sentimentos. Nessa relação, os pacientes costumam falar sobre seus filhos, não apenas em termos de passar seus genes, mas também a influência que tiveram sobre eles. Normalmente conversamos com os pacientes sobre como podem ter influenciado outras pessoas no trabalho ou em suas vidas pessoais, o que os faz sentir como se pudessem continuar a viver. Às vezes, o paciente desejará dar um presente pessoal ao psiquiatra (p. ex., uma peça de vestuário, um livro valioso, etc.) com a ideia de que uma parte dele continuará a viver dessa maneira.

Controle, autodeterminação e autoestima

Em geral, quando alguém está doente, tende a perder o controle de sua vida. O paciente fica à mercê da equipe e, em algumas circunstâncias, não pode sequer ir ao banheiro quando deseja. Em uma tentativa de recuperar um pouco do controle, pode fazer o que parecem ser solicitações inadequadas ou recusar vários aspectos de seu tratamento e cuidado. Por exemplo,

alguns podem solicitar altas doses de medicação para dor, mesmo que isso possa colocar em perigo suas vidas já encurtadas. Outros podem recusar a medicação para dor por desejarem manter a clareza de pensamento até o mais perto que puderem do fim. Ouvindo os desejos dos pacientes e empreendendo todos os esforços para atender aos pedidos razoáveis, podemos ajudá-los a se sentirem valorizados e respeitados. Seus desejos podem parecer estranhos mas, ainda assim, podem ser muito importantes. Por exemplo, alguns pacientes querem que toque determinada música quando estiverem morrendo. Com frequência, eles têm pedidos muito específicos com respeito a como seu corpo deve ser coberto ou manuseado após a morte, assim como preferências para o enterro, entre outros.

Há outras formas pelas quais a autoestima do paciente pode ser mantida. Podem ser colocadas fotografias na cabeceira da cama, que retratem o paciente em um estágio anterior e mais saudável, cercado de coisas que indicam algo sobre ele (p. ex., cercado pelos filhos, dirigindo uma motocicleta, praticando esportes, em seu traje de trabalho, na escola, etc.). Isso evoca interesse e respeito da equipe, o que pode melhorar a autoestima.

Fortalecendo as relações com os entes queridos

Estudos demonstraram que pessoas à beira da morte costumam ter sentimentos fortes quanto ao fortalecimento de suas relações com seus entes queridos. Você pode ter a oportunidade de encorajar esse contato. Às vezes, as famílias percebem isso e podem pedir ajuda ao psiquiatra para quebrar as regras e permitir visitas fora dos horários estabelecidos ou que tragam crianças ou façam algo significativo com o paciente, como tocar música, entre outras coisas. O paciente pode desejar discutir os tratamentos do fim da vida com familiares, e essas discussões podem aproximá-los.

Você pode descobrir que o paciente está lutando contra o desejo de “cuidar de assuntos pendentes”. Às vezes, isso significa conversar sobre pensamentos, sentimentos e memórias, não apenas com o psiquiatra, mas também com a família. Isso pode incluir pedir ou oferecer perdão por coisas que aconteceram no passado. Em alguns casos, estimular o paciente a escrever para familiares (especialmente para os filhos) pode ser muito tera-

pêutico. Quando estiver alerta e houver mais tempo, ele pode desejar fazer um diário escrito ou gravado para familiares que não estejam próximos. Isso pode ajudar aquele que deseja “continuar a viver” com os entes queridos e também pode ser útil para familiares no período de luto.

Aspectos físicos do morrer

Cuidado paliativo

O cuidado paliativo é a terapia que visa a diminuição da dor e do sofrimento, fornecendo tratamento para alívio dos sintomas, junto com conforto e apoio. Frequentemente envolve uma abordagem em equipe que inclui o médico do tratamento, a família, outros profissionais da saúde, incluindo especialistas em saúde mental, serviços sociais e religiosos. A meta do cuidado paliativo é possibilitar a maior qualidade de vida possível.

Os médicos e os enfermeiros devem ser bem treinados nos princípios do cuidado paliativo. Alguns hospitais têm equipes especializadas ou dedicadas a esse aspecto do cuidado médico. Como psiquiatra de interconsulta, você deve ser um defensor do paciente, se necessário, e certificar-se de que os cuidados apropriados sejam tomados para aliviar a maior parte do desconforto do paciente possível.

A maior parte dos pacientes não deveria ter de morrer com dor. Deve haver uma comunicação adequada entre eles e a equipe, de modo a assegurar o seu controle adequado. Quando há condições dolorosas, uma dosagem regular de medicação para dor é preferida à medicação “conforme necessário”. Os pacientes e os médicos precisam entender que a dependência física de narcóticos não é uma preocupação com o indivíduo que está à beira da morte. Pode haver vezes em que o paciente prefere não ter o controle total da dor a fim de ter o sensório claro para se comunicar com a família e os amigos (ou com o psiquiatra). Você deve conhecer bem os medicamentos para dor e as técnicas adjuvantes para auxiliar no seu controle, como respirar fundo, auto-hipnose, imaginação dirigida, meditação, entre outras (Cap. 14).

Enquanto conversa com o paciente, pode passar a saber de outras questões do cuidado paliativo que necessitem ser abordadas. É interessante que você atue em inter-relação, a fim de

se certificar que as prescrições médicas adequadas sejam escritas e o cuidado médico apropriado seja realizado para aliviar o sofrimento do paciente. O cuidado apropriado do intestino é uma boa ilustração de uma dessas questões. A constipação costuma ser um efeito colateral da medicação para dor, e não deve ser considerada uma questão médica sem importância, já que pode causar muito sofrimento. Detalhes similarmente considerados sem importância, como o cuidado da pele, a arrumação e o posicionamento do paciente, de fato são importantes. São a essência do conforto do paciente, e você deve prestar atenção às preocupações deste com elas. Questões respiratórias são essenciais e, às vezes, muito difíceis de serem abordadas. A dispneia é uma das experiências mais assustadoras que uma pessoa pode ter. O paciente pode ser estimulado a usar oxigênio na cabeceira, o que deve estar disponível. A decisão de entubar e usar respiração artificial é um assunto que, de preferência, terá sido tratado com ele em um estágio anterior, como parte da discussão sobre “não ressuscitar”.

Esse é um bom lugar para lembrar ao leitor de que um pedido para fazer uma “avaliação da capacidade” em um paciente muito doente ou morrendo não deve se limitar ao problema percebido (assim como esperaríamos que um cardiologista chamado para avaliar um sopro no coração tratasse dos problemas associados). Uma simples avaliação de capacidade costuma levar a uma decisão de trabalhar em uma variedade de questões do fim da vida.

Identificação e outra “contratransferência”

Costuma ser necessária certa experiência clínica e/ou experiência de vida para se sentir confortável ao lidar com pacientes à beira da morte. Essa é uma parte tão importante da atividade do psiquiatra interconsultor que o faz sair de sua rotina para trabalhar com vários pacientes que se beneficiariam desse contato. Isso o tornará muito mais eficaz nas consultas diárias, ao interagir com outros médicos e enfermeiros que possam estar se confrontando com questões relacionadas a um paciente à beira da morte em seu serviço. A equipe médica, às vezes, mesmo sem perceber, começa a marginalizar um paciente que está morrendo. Nas visitas, podem apenas discutir o caso do paciente no corre-

dor, sem ao menos entrar no quarto. Esse comportamento pode ser definido como racionalizado, já que “o paciente está morrendo, e não há nada que se possa fazer”. O motivo real mais provável para o evitarem é a dificuldade que os profissionais de saúde podem ter ao encarar a morte. Isso nos lembra nossas próprias inadequações e limitações como curadores. Também nos coloca face a face com a nossa própria mortalidade e a consciência de que por fim teremos de enfrentar a perda de entes queridos. Atender um paciente à beira da morte pode trazer de volta a experiência dolorosa do sofrimento que sentiu quando alguém próximo a você morreu. Por exemplo, um de nós, cerca de seis meses após perder o pai, teve muita dificuldade ao trabalhar com um idoso que estava morrendo de câncer.

A maioria dos médicos não tem experiência em como estar com um paciente que está morrendo. Por esse motivo, damos ênfase à recomendação de que você estenda a mão a colegas com quem possa estar compartilhando um paciente que esteja morrendo. Ofereça-se para se encontrar periodicamente com eles, talvez para tomar um café, para discussão e supervisão. Diga-lhes que essa é uma habilidade importante que vem com a prática e a orientação. Peça que apresentem alguns minutos do processo (as palavras exatas de “ela disse, eu disse”, etc.) de algumas interações durante o seu trabalho de rotina com o paciente. Estimule-os a passar alguns minutos sentados com o paciente na maioria dos dias e a lhe apresentar interação para discussão. Você, é claro, usará sua experiência como psiquiatra de interconsulta que trabalhou junto a pacientes à beira da morte. Geralmente, será bem fácil fazer recomendações de apoio que ajudem seus colegas a entender os pacientes e a ser mais eficazes ao estar com os que estão morrendo. Não subestime a receptividade nem mesmo de colegas ocupados a sua disposição de trabalhar com eles nessa área.

A oferta de “supervisão” ou “discussão” sobre um caso não deve se limitar a ajudar os médicos. Os enfermeiros costumam ser as pessoas que conhecem melhor os pacientes no dia a dia. Muitos deles são muito competentes e empáticos ao trabalhar com pacientes à beira da morte e suas famílias; porém, ainda assim, uma oferta similar de ser um supervisor ou um “ouvinte atencioso” será muito apreciada. O mesmo ocorre com assistentes sociais. Esse investimento de seu tempo renderá grandes dividendos ao ter uma boa relação com esses colegas ao tratar outros

pacientes. Às vezes, aprendemos muito nessas interações com nossos colegas nessas situações difíceis. O caso a seguir mostra como um colega júnior foi capaz de sua experiência de vida e *insight* para lidar com uma situação muito difícil.

EXEMPLO CLÍNICO: O RESIDENTE SIMPÁTICO

Um paciente de mais ou menos 30 anos, com múltiplos traumas, não sobreviveu a um acidente automobilístico e morreu no pronto-socorro (PS). Sua mãe ficou histérica e perdeu o controle. Ninguém era capaz de acalmá-la. O residente do primeiro ano do PS foi o único a permanecer no quarto, enquanto ela gritava e insultava o hospital, os médicos e o sistema médico. Depois de ficar pacientemente com ela durante a crise, ele perguntou, de forma gentil, se havia algo que pudesse fazer. Ela disse: “Sim, tire aquele maldito tubo da boca dele” (o tubo endotraqueal). Embora soubesse que esse não era normalmente o procedimento padrão devido à preferência do examinador médico, ele o fez na presença dela, então se virou e perguntou se gostaria de ajudá-lo a limpar o corpo. Ela concordou e ele pediu ao enfermeiro uma vasilha de água, deixando que limpasse o rosto do filho. Ficou com ela até que estivesse pronta para sair. Mais tarde, quando o psiquiatra interconsultor da equipe lhe perguntou como se sentia e como fora capaz de agir assim, ele contou a história a seguir. Recentemente, seu melhor amigo havia morrido. Em seu próprio sofrimento subsequente, pensava repetidas vezes em como deveria ser doloroso para a mãe dele e imaginava como tal perda afetaria sua própria mãe. Também se lembrou como a mãe do amigo havia dito várias vezes que ficou incomodada por ver o tubo na boca do filho depois que este havia morrido. Depois do incidente no PS, o residente preocupou-se em ter agido errado, especialmente ao remover o tubo. Ficou aliviado quando a equipe de interconsulta disse que lidou muito bem com a situação e pareceu ainda mais tranquilo quando o elogiaram para o diretor do treinamento de residência médica, que então reafirmou que ele havia feito um bom trabalho.

LUTO

O luto é o período de sofrimento e dor após uma morte. Faz parte do processo normal de reação a uma perda. O psiquiatra de interconsulta, que teve frequentes interações com a família e os amigos do paciente que estava morrendo, pode estar envolvido

no processo de notificação da morte. Na maioria dos casos, no entanto, é responsabilidade do médico do tratamento informar à família sobre a morte do paciente. Você deve estar consciente de que religiões e culturas diferentes têm costumes e rituais que são muito importantes para os indivíduos envolvidos. A pessoa de luto pode sentir raiva, culpa, ansiedade, tristeza e desespero. Não é incomum que, pouco tempo depois da morte de um ente querido, a pessoa ouça sua voz, o que pode mesmo ser uma alucinação, ou inclusive tenha alucinações visuais temporárias da pessoa falecida. Os sintomas podem incluir problemas para dormir, alterações do apetite ou sintomas físicos que podem ser uma identificação com a pessoa perdida ou uma verdadeira exacerbação de sua própria doença. É comum que mesmo uma pessoa de luto bem ajustada tenha episódios de choro sempre que se lembrar da perda. Isso pode ser acompanhado por uma profunda sensação abdominal e um pouco de dispneia leve, que são descritos como “vindo em ondas”. Essa resposta pode ser razoavelmente forte, em especial nas semanas e meses seguintes à perda. A duração do luto e sofrimento intenso varia e não pode ser prevista com facilidade. Pode existir por, pelo menos, um ano.

POTENCIAL DE INTER-RELAÇÃO

1. Dos serviços hospitalares, o melhor lugar para se atuar como psiquiatra interconsultor e trabalhar regularmente com a equipe com os pacientes que estão morrendo é em um serviço de oncologia.
2. Outras unidades nas quais existem amplas oportunidades clínicas para trabalhar com pacientes à beira da morte e suas famílias incluem as unidades de terapia intensiva, unidades de queimadura e unidades do vírus da imunodeficiência humana.
3. Um arranjo de plantão à distância com o PS do hospital também pode fornecer uma oportunidade para atender esses pacientes e suas famílias no momento de morte súbita, assim como interagir com a equipe, que pode se beneficiar sendo treinada nessa área.
4. Programas hospitalares fornecem um excelente *setting* para um psiquiatra interessado no trabalho com pacientes à beira da morte.

Anexo

Websites relacionados aos capítulos deste livro

Os autores gostariam de agradecer ao dr. George Alarado, que estudou medicina na New York Medical College, pelo seu auxílio na compilação de *websites* para a primeira edição, e a Khan Fakhar, também aluno de medicina dessa instituição, por seu auxílio na revisão dessa relação de *websites* para esta edição.

ESTES WEBSITES SÃO UMA BOA REFERÊNCIA PARA OS TÓPICOS APRESENTADOS EM TODOS OS CAPÍTULOS

American Psychiatric Association

<http://www.psych.org/>

American Psychological Association

<http://www.apa.org>

National Institute of Mental Health

<http://www.nimh.nih.gov>

CAPÍTULO 1 – PRINCÍPIOS DA PSIQUIATRIA DE INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA

Introdução

Academy of Psychosomatic Medicine

Há informações no *site* sobre a prática de interconsulta e diretrizes para residência. Contém *links* para *Psychosomatics*, periódico *online* de psiquiatria de interconsulta.

<http://www.apm.org/>

Transtornos psiquiátricos

Saúde mental na *internet*

Informações sobre diversos transtornos psiquiátricos com *links* para *sites* relacionados.

<http://www.mentalhealth.com/fr20.html>

Recursos de autoajuda de psicologia na *internet*

Relação de *links* pertinentes sobre vários transtornos mentais.

<http://www.psywww.com/resource/selfhelp.htm>

Karolinska Institute

Outra relação de *links* pertinentes sobre transtornos mentais.

<http://www.mic.ki.se/Diseases/f3.html>

CAPÍTULO 2 – PSICOCARDIOLOGIA

American Heart Association

Site para leigos, com seção para profissionais. Pode-se investigar sobre ansiedade, depressão e temas relacionados à doença cardíaca.

<http://www.americanheart.org>

Psicossomática

Artigo que discute fatores psicológicos e doença cardíaca.

<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/full/41/4/372>

Arquivos de medicina interna

Artigo sobre fatores psicológicos e insuficiência cardíaca; mais *links* a artigos relacionados.

<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/162/5/509>

CAPÍTULO 3 – PSICO-ONCOLOGIA

Ansiedade e depressão

National Cancer Institute

Descrição das causas e do tratamento da ansiedade sofrida por paciente de câncer.

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/anxiety/patient>

International Union Against Cancer (UICC) World Cancer Congress

Tratamentos psiquiátricos: visão geral e eficácia.

<http://2006.confex.com/uicc/techprogram/P842.HTM>

American Cancer Society

Link para a seção “*Coping with Cancer*” (“Enfrentando o Câncer”).

Pode-se fazer buscas, com seções para pacientes e profissionais.

http://www.cancer.org/docroot/mbc/mbc_4x_anxiety.asp?sitearea=mbc&level=1

Manejo da dor**International Psycho-Oncology Society**

Fornece vários *links* para informações sobre grupos de apoio e manejo da dor para pacientes de câncer.

<http://www.ipos-society.org/survivors/links/pain.htm>

Tabagismo**Medline Plus**

Informações sobre cessação do fumo.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/smokingcessation.html>

CAPÍTULO 4 – PSICONEFROLOGIA**Transtornos renais****Novidades para pacientes renais**

Links para vários *websites* de grupos de doenças renais

<http://www.kidneypatientnews.org/links.html>

Medline Plus

Informações sobre doença renal em estágio final.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000500.htm>

National Kidney Foundation

Informações gerais sobre distúrbios renais.

<http://www.kidney.org/kidneyDisease/>

Promoting Excellence in End-of-Life Care

Website com *links* para informações sobre a doença renal em estágio final e a diálise.

<http://www.promotingexcellence.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3863>

Diálise

E-Medicine

Encefalopatia, diálise.

<http://www.emedicine.com/med/topic665.htm>

CAPÍTULO 5 – CUIDADO PSICOLÓGICO DO PACIENTE COM QUEIMADURA E TRAUMA

Queimaduras

Medline Plus

Informações sobre queimaduras.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/burns.html>

Phoenix Society for Burn Victims

Website que conecta sobreviventes de queimaduras, seus entes queridos e profissionais do cuidado de queimaduras a recursos valiosos.

<http://www.phoenix-society.org/>

Transtorno do estresse pós-traumático

SAMHSAs National Mental Health Information Center

Website que fornece aos médicos informações para explorar uma variedade de papéis na resposta a desastres e recuperação, assim como ferramentas para melhor avaliar e tratar as necessidades de seus pacientes.

<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma95-3022/default.asp>

National Center for Post-traumatic Stress Disorder

Disaster Mental Health Services: A Guidebook for Clinicians and Administrators (Serviços de Saúde Mental em Desastres: um manual para clínicos e administradores): inclui seções que tratam de adultos, crianças e psicofarmacologia.

<http://www.fenichel.com/trauma.shtml>

Fenichel's Current Topics in Psychology

Recursos para trauma; vários *links* sobre vários aspectos do trauma, com ênfase no 11 de setembro.

<http://www.fenichel.com/trauma.shtml>

CAPÍTULO 6 – CUIDADO PSICOLÓGICO DA PACIENTE OBSTÉTRICA**Saúde Mental da Mulher**

Um bom *website* de referência para todos os tópicos discutidos neste capítulo.

www.womensmentalhealth.org

Depressão na gestação e pós-parto**Depressão pós-parto**

Vários *links* para informações sobre depressão pós-parto.

<http://www.psycom.net/depression.central.post-partum.html>

e-Medicine

Informações sobre a *hyperemesis gravidarum*.

<http://www.emedicine.com/emerg/topic479.htm>

Psychiatric Times

Artigo sobre transtornos psiquiátricos durante a gestação.

<http://www.psychiatrictimes.com/p030117.html>

CAPÍTULO 7 – ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DA SAÚDE DA MULHER**Saúde Mental da Mulher**

Um bom *website* de referência para todos os tópicos discutidos neste capítulo.

www.womensmentalhealth.org

CAPÍTULO 8 – ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DA GASTROENTEROLOGIA**Úlceras pépticas****Intellihealth**

Busca por estresse e úlceras pépticas.

<http://www.intellihealth.com/IH/ihtIH/EMIH000/24479/21923/253296.html?d=dmSimple>

Síndrome do intestino irritável

Sobre a síndrome do intestino irritável

Neurobiologia do estresse e emoções relacionados à síndrome do intestino irritável.

<http://www.aboutibs.org/publications/stress.html>

Doença hepática

Manual Merck

Doença hepática alcoólica.

<http://www.merck.com/pubs/mmanual/section4/chapter40/40a.htm>

Transtornos da alimentação

National Eating Disorders Association

Índice de informações sobre transtornos da alimentação.

http://www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?webpage_ID=294

CAPÍTULO 9 – ENDOCRINOLOGIA E DISTÚRBIOS AUTOIMUNES

Doença da tireoide

Medline Plus

Transtornos da tireoide.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/thyroiddiseases.html>

Informações sobre a tireoide

Pesquisas sobre depressão, tópicos relacionados.

<http://www.thyroid-info.com/articles/cohendepression.htm>

Diabete

American Diabetes Association

Contém seção para profissionais com acesso a periódicos relevantes. Pode-se fazer buscas.

<http://www.diabetes.org/home.jsp>

National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Disorders

Busca por psicologia, depressão, entre outros.

<http://www.niddk.nih.gov>

Síndrome da fadiga crônica e fibromialgia

Medline Plus

Síndrome da fadiga crônica.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/chronicfatiguesyndrome.html>

Fórum sobre síndrome da fadiga crônica e fibromialgia

<http://www.co-cure.org/>

Lúpus eritematoso sistêmico

Lupus Foundation of America

Depressão na informação de lúpus.

<http://www.lupus.org/education/brochures/depress07.html>

CAPÍTULO 10 – ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DOS TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS

AVC

National Stroke Association

Site para leigos com seção para profissionais.

<http://www.stroke.org/>

Fundação TSAO

Para cuidadores; lidando com a psicologia de pacientes de AVC.

<http://www.tsaofoundation.org/caregivers/stroke06.html>

Demência

Medline Plus

Demência.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dementia.html>

Canal de neurologia

Demência.

<http://www.neurologychannel.com/dementia/index.shtml>

Esclerose múltipla

UCSF Multiple Sclerosis Center

Psicologia da saúde da esclerose múltipla.

http://mscenter.ucsf.edu/psychology.htm#health_psychology

CAPÍTULO 11 – ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DA CIRURGIA E DO TRANSPLANTE

American Society of Plastic Surgeons

Aspectos psicológicos da cirurgia plástica.

http://www.plasticsurgery.org/public_education/procedures/psychological_aspects.cfm

e Medicine

Aspectos psicológicos da cirurgia plástica.

<http://www.emedicine.com/ent/topic36.htm>

Enfermeiro de cuidado crítico

Aspectos psiquiátricos do transplante.

<http://www.aacn.org/aacn/jrnlccn.nsf/c54ad59fdf5d6228882565a0006a1369/895f91ba7ae85fe3882567830071110f?OpenDocument>

Medicina psicossomática

Respostas hemodinâmicas e emocionais a um fator de estresse psicológico após o transplante cardíaco.

<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/63/2/289>

Medscape

Aspectos psicológicos do transplante.

http://www.medscape.com/viewarticle/436541_print

Virginia Commonwealth University

Avaliação psicológica e cuidado de pacientes de transplante de órgãos.

<http://www.vcu.edu/psych/files/JCCP%202002.pdf>

CAPÍTULO 12 – PSIQUIATRIA NO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA/SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida

New York State Acquired Immunodeficiency Syndrome Institute

Recurso clínico para o vírus da imunodeficiência humana.

www.hivguidelines.org

Johns Hopkins Acquired Immunodeficiency Syndrome Service
Informações sobre epidemiologia, prevenção, diretrizes de prática e *links* relacionados.

<http://www.hopkins-aids.edu>

Center for Disease Control

Os tópicos cobertos incluem ciências básicas, vigilância, recursos de vacinação e ferramentas de prevenção.

<http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

AIDSMEDS.COM

Depressão e HIV.

<http://www.aidsmeds.com/lessons/Depression1.htm>

CAPÍTULO 13 – TRANSTORNOS SOMATOFORMES, TRANSTORNOS FACTÍCIOS E SIMULAÇÃO

Transtorno de somatização

American Academy of Family Physicians

Diagnóstico prático da somatização.

<http://www.aafp.org/afp/20000215/1073.html>

Medline Plus

Sobre o transtorno de somatização.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000955.htm>

e Medicine

Transtorno de somatização.

<http://www.emedicine.com/ped/topic3015.htm>

Transtorno factício

Merck Manual

Transtornos factícios (Munchausen).

<http://www.merck.com/pubs/mmanual/section15/chapter-185/185d.htm>

e Medicine

Sobre o transtorno factício.

<http://www.emedicine.com/MED/topic3125.htm>

CAPÍTULO 14 – MANEJO DA DOR

Manejo da dor

National Pain Education Council

Informações sobre o manejo clínico da dor; registro grátis.

<http://www.npecweb.org/>

American College of Physicians – American Society of Internal Medicine

Dez questões para identificar pacientes que estão buscando drogas.

http://www.acponline.org/journals/news/apr02/drug_seeking.htm

American Academy of Pain Management

<http://www.aapainmanage.org/>

Pain.com

<http://www.pain.com>

American Pain Foundation

<http://www.painfoundation.org/>

Beth Israel Department of Pain Medicine and Palliative Care

<http://www.stoppain.org/>

American Academy of Pain Medicine

Boa relação de recursos da *internet*.

<http://www.painmed.org/>

CAPÍTULO 15 – DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE

Capacidade e consentimento livre e informado

American Academy of Family Physicians

Avaliação da capacidade do paciente na prática.

<http://www.aafp.org/afp/20010715/199.html>

Wikipedia

Consentimento livre e informado.

http://en.wikipedia.org/wiki/Informed_consent

Northwestern – questões legais

Capacidade para decisões médicas.

http://endlink.lurie.northwestern.edu/legal_issues/capacity.cfm

American Medical Association

Consentimento livre e informado.

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4608.html>

**CAPÍTULO 16 – QUESTÕES PSICODINÂMICAS E PSICOTERAPIA
NO SETTING DA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA**

Psicoterapia

The Royal College of Psychiatrists

Tipos de psicoterapia.

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/therapies/psychotherapy.aspx>

PsychNet – Reino Unido

Diretório de *links* de psicoterapia (quatro páginas no total).

http://www.psychnet-uk.com/psychotherapy/psychotherapy_general1.htm#psychotherapy

**CAPÍTULO 17 – QUESTÕES SOBRE O ABUSO DE
SUBSTÂNCIAS NO SETTING CLÍNICO**

Abuso de substâncias

Prevline

SAMHSA's National Clearinghouse para informações sobre álcool e drogas.

<http://www.health.org/>

Medline Plus

Abuso de substâncias.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/substanceabuse.html>

American Academy of Addiction Psychiatry

<http://www.aaap.org/>

Med Bio World

Relação de *links* úteis relacionados ao abuso de substâncias.

<http://www.sciencekomm.at/med/assoc/addition.html>

CAPÍTULO 18 – PSQUIATRIA EM DESASTRES

Novos recursos e materiais

Church Disaster Mental Health Project

Esse *website* fornece uma assistência ativa e educação a pastores e líderes de igrejas com relação à resposta e recuperação de desastres.

<http://www.churchdisasterhelp.org/index.html>

Populações especiais: preparação para emergências e desastres

Esse *webpage* da National Library of Medicine traz *links* para *websites* selecionados sobre preparação para emergências para populações especiais, incluindo pessoas com deficiências, idosos, crianças e mulheres.

<http://sis.nlm.nih.gov/outreach/specialpopulationsanddisasters.html>

Research Education Disaster Mental Health (REDMH)

Esse *website* fornece resumos de pesquisas, materiais educacionais, informações sobre programas de mentores do REDMH e recursos para pesquisadores na área de saúde mental em desastres.

<http://www.redmh.org/index.html>

The National Survey on Drug Use and Health Report: Impact of Hurricanes Katrina and Rita on Substance Use and Mental Health

Essa edição especial apresenta duas análises relacionadas à prevalência do uso de substâncias e questões de saúde mental antes e depois dos Furacões Katrina e Rita na área de desastre do Estado no golfo.

<http://download.ncadi.samhsa.gov/prevline/pdfs/NSDUH08-0131.pdf>

The British Journal of Psychiatry

Terrorismo bioquímico.

<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/183/6/491>

Yale University

Recursos para bioterrorismo.

<http://info.med.yale.edu/library/subjects/bioterrorism.html>

Assistência em psiquiatria para desastres

Links para vários recursos educacionais.

<http://www.disasterpsych.org/Default.aspx?PageID=10>

CAPÍTULO 19 – A MORTE, O MORRER E O LUTO

Cuidado no fim da vida

Growth House

Informações e recursos sobre o cuidado no fim da vida.

<http://www.growthhouse.org/>

Center to Advance Palliative Care

Last Acts é uma campanha para melhorar o cuidado no fim da vida realizada por uma coligação de organizações de profissionais e consumidores com excelente capacidade de pesquisa sobre o cuidado paliativo e outros tópicos relacionados.

<http://www.lastacts.com>

Medline Plus

Pesquisa sobre morte e morrer.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

Índice

A

Aborto eletivo, 106-108
Abuso doméstico, durante a gestação, 100-101
Aceitar o diagnóstico de câncer, 57-58
Acetaminofeno, 210-211
Acidentes vasculares cerebrais (AVCs), 152, 159-161
Ácido valproico, 86-87, 121-122
Adjuvantes, 211-213
Adrenocorticotrópico
 hormônio (ACTH), 140-141
Agonista do ácido gama-aminobutírico (GABA), 212-213
AIDS. *Ver* Vírus da imunodeficiência humana (HIV)
AIDS dados de vigilância, 176-177
AINEs, 210-211
Alcoolismo, 164-165
Alexitimia, 124-125
Amitriptilina, 161-162
Amlodipina, 48-49
Amputações, 170-173
Anel de Kayser-Fleisher, 129-130
Anemia hemolítica, 129-130
Anorexia nervosa, 130-131
Anotação de consulta, 31-32
Ansiedade
 durante a gestação, 105-107
 durante a menopausa, 116-117
 e câncer, 57-59
 causas, 59-60t
 e coração, 36-39
 e vírus da imunodeficiência humana (HIV), 181-182
 em pacientes de trauma, 90-91
 pré-operatória, 166
Antagonista do receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA), 157-158
Antiarrítmicos, 48-49
Anticonvulsivantes, 86-87, 211-213

Antidepressivos tricíclicos, 49-50, 85-86, 180-181, 211-212
Antidepressivos, 47-48, 85-86, 105-106, 145-146, 211-213
Antígeno específico da próstata, 70
Anti-hipertensivos, 48-49
Apoio social
 como fator de risco de câncer, 63-65
 como fator de risco para doença cardíaca, 40-41
Aspirina, 210-211
Ataxia, 129-130
Atenolol, 48-49
Atividades instrumentais da vida diária, 156-157

B

Baclofeno, 212-213
Barganha, 57-58
Benzodiazepínicos, 45-46, 52-53, 57-58, 92-93, 105-107, 155-156, 181-182, 185
 efeitos colaterais, 46
Betabloqueadores, 48-49
Bloqueadores do canal de cálcio, 48-49
Bulimia nervosa, 130-132
Bupropiona, 49-50, 70
Buspirona, 57-58, 85-86

C

Câncer
 mulher, questões psicológicas com
 câncer cervical, 118-120,
 câncer de mama, 119-120
 câncer endometrial, 118-119
 câncer ovariano, 119-120
Câncer da próstata, 67-68
Câncer de mama, 60-61, 66-67
Câncer ginecológico, 66-68

Câncer leptomeningeal, 68-69
 Câncer pancreático, 67-68, 129-130
 Capacidade cognitiva de pacientes, 29-31
 Capacidade de troca, 216-217
 Carbamazepina, 52-53, 86-87, 104-105
 e lítio, betabloqueadores do canal de cálcio, interações, 52-53
 Catarse ou método de ventilação, 220-221
 Cateterização cardíaca, 117-118
 Celecoxiba, 210-211
 Cessação de fumo, papel do psiquiatra na, 68-70
 Cicatriz cirúrgica como trilho de ferrovia, 168-169
 Cicatriz cirúrgica do abdome xadrez, 168-169
 Ciclo em medicina psicossomática, 20-21
 Ciclosporina, 169-170
 Cimetidina, 124-125
 Cirurgia
 amputação, 170-173
 cardíaca, 168-170
 consciência intraoperatória, 167
 delirium pós-operatório após cirurgia cardíaca, 169-171
 fase pós-operatória, 167-169
 fase pré-operatória, 164-166
 medicação psicotrópica durante uma hospitalização para, 164-165
 potencial de inter-relação, 174-175
 transplantes, 172-175
 transtorno factício, 168-169
 Citalopram, 160-161
 Cloestiramina, 52-53
 Clonazepam, 85-86, 92-93
 Clonazepina, 50-52, 103-104, 185
 Clonidina, 48-49, 212-213
 Clordiazepóxido, 46
 Cloropromazina, 50-52, 101-103
 Codeína, 210-211
 Colite ulcerativa, 125-126
 Colonoscopia, 71-72
 Comorbidade psiquiátrica, 40-42
 Complexo de Nênese, 55, 64-65

Comunicação distorcida, de pacientes com câncer, 64-67
 Condições psiquiátricas comórbidas, 196-197
 Consentimento informado, 215
 Conservação-privação, 90-91
 Consulta psiquiátrica
 abordagem do paciente, 22-25
 análise do relatório médico, 20-21, 23
 avaliação do humor e do afeto do paciente, 28-29
 avaliação do risco de suicídio, 28-30
 capacidade cognitiva do paciente, 29-31
 cooperação do paciente, significância de, 22-23
 entrevista psiquiátrica, 26-29
 membro da família, papel de, 21, 23
 presença de psicose, 29-30
 problemas com, 22-23
 questões culturais, 25
 relatos de caso de consulta de amostra, 31-35
 revisão da ficha hospitalar, 21-23
 solicitação de, 20-21
 Controle da raiva, 223-226

D

Delirium, 46, 124-125, 167
 características clínicas, 153-155
 diagnóstico de, 74-76
 hipoativo, 154-155
 manejo do, 154-156
 mnemônica, 152t
 na cirurgia cardíaca, 169-171
 tratamento, em ESRD, 80-82
Delirium tremens, 164-165
 Demência, 80-82
 características clínicas, 156-158
 corpo de Lewy, 156-157
 diagnóstico de, 155-157
 frontotemporal, 156-158
 manejo de, 157-159
 pseudodemência, 157-158
 sintomas cognitivos, 156-157
 Demência associada ao HIV, 182-183

sintomas com, 183-184
 Demência multi-infarto, 156-157
 Demência na diálise, 80-81
 Demência vascular, 156-157
 Depressão, 79, 108-109
 durante a gestação, 104-106
 e câncer, 58-62
 fatores de risco médico-relacionados, 60-61
 tratamentos, 60-67
 e coração, 38-40
 e vírus da imunodeficiência humana (HIV), 179-181
 em pacientes de trauma, 90-91
 Depressão pós-parto, 108-110
 Desipramina, 161-162
 Desnutrição, 131-132
 Detecção do câncer de colo, 71-72
 Determinação da capacidade, do paciente, 216-219
 Dextroanfetamina, 60-62
 Diabetes melito
 ajuste a, 143-145
 crise, 144-147
 instalação de, 142-144
 Dialisato livre de alumínio, 80-81
 Diálise
 diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), 76-77
 insuficiência renal crônica e, 75-78
 Diarreia, 125-126
 Diazepam, 46
 Diferenças culturais no tratamento e interação com um paciente em estado crítico, 261
 Dificuldades de sucção, 105-106
 Digoxin, 50-52
 Diltiazem, 48-49
 Disfunção da glândula adrenal
 doença de Addison, 142-143
 hipoparatiroidismo, 140-142
 síndrome de Cushing, 141-143
 Disfunção esofágica, 125-126
 Dismorfofobia, 193-194
 Disopiramida, 48-49
 Dispepsia funcional (não ulcerosa), 124-125
 Distonia, 129-130

Distúrbio inflamatório do intestino, 125-127
 Diuréticos, 130-131
 Divulgação de doença, 257-259
 Doença cardíaca. *Ver também*
 Psicocardiologia
 e mulheres, questões psicológicas com, 117-119
 Doença da paratireoide
 hiperparatiroidismo, 140-141
 hipoparatiroidismo, 140-141
 Doença de Addison, 142-143
 Doença de Crohn, 125-126
 Doença de Graves, 138-139
 Doença de Hodgkin e câncer dos testículos, 67-68
 Doença de Parkinson, 152, 158-160
 Doença de Pick, 156-157
 Doença de tireoide
 de Hashimoto, 138
 doença de Graves, 138-139
 hipertireoidismo, 138-139
 hipotireoidismo, 138
 lítio e, 140-141
 Doença de Wilson, 129-130
 Doença do fígado
 doença de Wilson, 129-130
 hepatite, 128-129
 porfíria aguda intermitente, 128-130
 transplante de fígado, 127-129
 Doença hepática, 129-130
 Doença renal de estágio final, 75-76
 Donepezil, 157-158
 Drogas CART, 178-179, 186
 Drogas de festas, 247-248

E

Encefalite de lúpus, 146-147
 Encontro com a morte, valor terapêutico de, 227-229
 Endocrinologia
 diabetes melito
 ajuste ao, 143-145
 aparecimento de, 142-144
 crise, 144-147
 disfunção da glândula adrenal
 doença de Addison, 142-143
 hipoparatiroidismo, 140-142

síndrome de Cushing, 141-143
doença da paratireoide,
 hiperparatireoidismo, 140-141
 hipoparatiroidismo, 140-141
doença da tireoide
 doença de Graves, 138-139
 hiperparatireoidismo, 138-139
 hipoparatiroidismo, 138
 lítio e, 140-141
fibromialgia, 149-150
lúpus eritematoso sistêmico, 146-149
potencial de inter-relação, 149-150
síndrome de fadiga crônica, 148-150
Entrevista psiquiátrica, 26-29
Escala de Avaliação de *Delirium*
 Memorial, 154-155
Escala de Classificação da Depressão
 de Hamilton (Ham-D),
 30-31
Escala de Classificação de *Delirium* de
 Trepacz, 154-155
Escala de Depressão de Zung, 30-31
“Escala deslizante” de situações
 médicas, 217
Esclerose múltipla, 152, 160-163
Esquizofrenia, 29-30, 101-104, 151
Estabilizadores do humor, 47-49,
 50-52
Esteroides, 169-170
Evento traumático, critérios do DSM-IV,
 91-92
Exame de Papanicolau, 118-119
Exame do índice de sedimentação de
 eritrócitos em série,
 147-148

F

Famotidina, 124-125
Fator de liberação do cortisol, 140-141
Fatores de risco de estilo de vida para
 doença cardíaca, 40-42
Fenitoína, 86-87
Fenobarbital, 86-87
Fenômeno da consciência
 intraoperatória, 167
Fenômeno fantasma, 171-172
Fenotiazinas, 50-52, 83-84
Fertilização *in vitro*, 117-118
Fibromialgia, 149-150
Flecainida, 48-49
Fluoxetina, 85-86, 104-105, 160-161

G

Gabapentina, 86-87
Galantamina, 157-158
Gases sanguíneos arteriais, 153-154
Gastrenterologia, aspectos psiquiátricos
 de,
 câncer pancreático, 129-130
 disfunção esofágica, 125-126
 dispepsia funcional (não ulcerosa),
 124-125
 distúrbio inflamatório do intestino,
 125-127
doença hepática
 doença de Wilson, 129-130
 hepatite, 128-129
 porfíria aguda intermitente,
 128-130
 transplante de fígado, 127-129
potencial de inter-relação, 135-136
síndrome do intestino irritável,
 125-126
transtornos da alimentação,
 130-136
úlceras pépticas, conflitos e depen-
 dência, 124-125
Gestação substituta, 95-96, 117-118
Ginkgo biloba, 157-158
Globus hystericus, 125-126
Gravidez indesejada, 95-98
Grupos de autoajuda, 43-44, 70

H

Haldol, 80-81
Haloperidol, 46, 50-52, 83-84,
 101-103, 155-156
Helicobacter pylori, 124-125
Hemodiálise, 75-78
 disfunção sexual após, 77-78
 em casa, 76-77
 questões de qualidade de vida e,
 77-82
 retirada/interrupção de, 79
 síndromes neuropsiquiátricas na,
 80-81
Hepatite, 128-129
Hipercalemia, 140-141
Hiperemese gravídica, 97-98
Hiperglicemia, 144-145
Hipertireoidismo, 138-139
Hipnóticos, 185

Hipocondria, 191-193
 Hipoglicemia, 144-145
 Hipoparatiroidismo, 140-142
 Hipotireoidismo, 138
 Hipotonia, 105-106
 Hormônio estimulador da tireoide, 139

I

Ibuprofeno, 210-211
 IMAOs, 49-50
 Imunossupressores, 169-170
 Índice de filtração glomerular, 104-105
 Infarto do miocárdio, 117-118
 Infertilidade, 95-96, 116-118
 Inibidores da COX-2, 210-211
 Inibidores da ECA, 50-53
 -Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), 48-49
 Inibidores da fosfodiesterase, 79
 Inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), 47-48, 85-86, 159-160
 Inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina, 115-116
 Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs), 47-52, 57-58, 85-86, 92-94, 104-105, 115-116, 133-134, 158-160, 164-165, 180-181, 193-194
 Injeção intracitoplasmática de esperma, 117-118
 Inseminação artificial, 95-96

L

Lamotrigina, 86-87
 Laxantes, 130-131
 Lesões por trauma/queimadura
 controle da dor, 89
 potencial de inter-relação, 93-94
 psicofarmacologia, 92-94
 psicoterapia, 92-94
 reações psicológicas a, 89-92
 sintomas do estresse agudo e estresse pós-traumático, 91-93

Letargia, 105-106
 Lipoaspiração, 133-134
 Lítio, 48-49, 50-53, 85-87, 103-105, 121-122
 e doença da tireoide, 140-141
 Lorazepam, 46, 82, 85-86, 155-156
 Loucura mixedematosa, 138
 Lúpus eritematoso sistêmico, 146-149
 Luto, 267-268

M

Malformação de Ebstein, 103-104
 Manejo da dor
 ABC do manejo da dor, 201-202t
 abordagem farmacológica
 adjuvantes, 211-213
 analgésicos não opioides, 210-211,
 analgésicos opioides, 210-212
 procedimentos invasivos, 212-213
 abordagem não farmacológica, 212-213
 barreiras
 conhecimento inadequado, 200-201
 conversão inadequada de doses parenterais para orais, 202-203
 medo de depressão respiratória, 202-203
 medo do vício, 198-201
 componentes psicológicos, 209-210
 efeitos adversos de opioides, 207-208t
 equianalgésicos, 204t-206t
 potencial de inter-relação, 213
 submedicação para dor
 fatores relacionados à equipe, 207-208
 fatores relacionados ao paciente, 208-210
 fatores relacionados ao sistema, 209-210
Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV), 74-76, 91-92, 114-115, 151
 Medicação psicotrópica, durante uma hospitalização para um procedimento cirúrgico, 164-165

Memantina, 157-158
Menopausa, 115-117
Meperidina, 170-171
Mesoridazina, 50-52
Metabolismo do cálcio, 140-141
Metildopa, 48-49
Metilfenidato, 49-52, 60-62
Metoprolol, 48-49
Mexiletina, 48-49, 212-213
Miniexame do Estado Mental, 30-31
Miniexame do Estado Mental de Folstein, 154-155
Modelo de relação médico-paciente, 220-221
Morfina, 170-171
Morrer
 aspectos físicos de, 263-266
 aspectos psicológicos de, 261
Mulher, questões psicológicas com
 câncer cervical, 118-120
 câncer de mama, 119-120
 câncer endometrial, 118-119
 câncer ovariano, 119-120
 comparadas a homens, 121-122
 doença cardíaca, 117-119
 infertilidade, 116-118
 menopausa, 115-117
 oportunidade de inter-relação em
 clínicas para mulheres, 122-123
 síndrome pré-menstrual, 114-115
 transtorno disfórico pré-menstrual, 114-116
 uso de substâncias, 121-122
 violência doméstica, 119-121

N

Negação, 56-58, 90-91, 256-259
Neurolépticos, 46, 50-52, 83-86, 103-104, 155-156
Nifedipina, 48-49
Nimodipina, 48-49

O

Obesidade, 132-134
Obesidade mórbida, 132-133
Olanzapina, 50-52, 103-104, 155-156
Ondas de calor, 116-117
Opioides, 210-212
Ouvidos, nariz e garganta

programas de câncer, 71-72
Oxazepam, 85-86
Oxicodona, 210-211

P

Paciente obstétrica, cuidado
 psicológico de
 abortos eletivos, 106-108
 complicações durante a gestação, 97-103
 aborto, feto natimorto e deficiência em um recém-nascido, 100-103
 abuso doméstico, 100-101
 hipermese gravídica, 97-98
 pseudociese, 101-103
 repouso absoluto, 98-100
 sistemas de apoio, 100-101
 uso de substância, 99-101
depressão pós-parto, 108-110
gravidez indesejada, 95-98
potencial de inter-relação, 111-112
psicose pós-parto, 109-111
questões de infertilidade, 95-96
tristeza pós-parto, 107-109
transtornos psiquiátricos durante a gestação
 ansiedade, 105-107
 depressão, 104-106
 esquizofrenia, 101-104
 transtorno bipolar, 103-105
 vírus da imunodeficiência humana (HIV), 106-107
Pacientes em estado terminal
 ansiedade de separação e perda, 262
 aspectos físicos do morrer, 263-266
 aspectos psicológicos do morrer, 261
controle,
 autodeterminação e autoestima, 262-264
divulgação de doença, 257-259
estar com os pacientes, 260-261
fortalecimento de relações com entes queridos, 263-264
identificação e outras
 “contratransferências”, 265-268

- luto, 267-268
- ouvir os pacientes, 258-260
- papel da cultura no tratamento e interação com o paciente, 261
- potencial de inter-relação, 267-268
- Pacientes hospitalizados com doença cardíaca,
 - cirurgia de peito aberto, 42-43
 - dispositivos para auxílio ventricular esquerdo, 42-43
 - marca-passos, 43-44
 - questões psicológicas em desfibriladores, 43-44
 - unidade de terapia intensiva, 41-43
- Pacientes usuários de álcool, 237-241
- Pacientes usuários de benzodiazepínicos, 246-247
- Pacientes usuários de cocaína, 244-247
- Pacientes usuários de nicotina, 241-244
- Pacientes usuários de opioides, 243-246
- Papel de pais por terceiros, 117-118
- Percepções do paciente, esclarecimento, 227-228
- Peregrinação, 195-196
- Perimenopausa, 116-117
- Personalidade tipo A com SCA, fatores de risco de, 39-41
- Physician's Desk Reference*, 50-52
- Pimozida, 186
- Porfíria aguda intermitente, 128-130
- Potencial de inter-relação
 - cirurgia, 174-175
 - em centros de trauma, 93-94
 - em clínicas para mulheres, 122-123
 - em programas de cardiologia, 53
 - endocrinologia, 149-150
 - gastroenterologia, aspectos psiquiátricos de, 135-136
 - manejo da dor, 213
 - na psico-oncologia, 71-72
 - paciente obstétrica, cuidado psicológico de, 111-112
 - pacientes em estado terminal, 267-268
 - pacientes usuários de substâncias, 248
 - psiconefronologia, 86-87
 - transtornos neurológicos, 163
 - transtornos somatoformes, 197
- Practical Guide on the Psychiatric Interview* (Carlat), 28-29
- Prazosina, 48-49
- Preparações com *digitalis*, 48-49
- Prisioneiros, 197
- Privação de álcool potencialmente fatal, 22-23
- Problemas dentários, 131-132
- Procainamida, 48-49
- Procedimento de derivação gástrica em Roux-en-Y, 133-134
- Program for Reversing Heart Disease (Ornish), 40-41
- Programas de transplante de medula óssea, 71-72
- Programas de tratamento do câncer de mama, 71-72
- Propanolol, 48-49
- Propoxifeno, 210-211
- Protrombina, 50-52
- Pseudocyesis*, 101-103
- Pseudológica fantástica, 195-196
- Psicocardiologia
 - ansiedade e coração, 36-39
 - apoio social como fator de risco, 40-41
 - comorbidade psiquiátrica e fatores de risco de estilo de vida para doença cardíaca, 40-42
 - depressão e coração, 38-40
 - fatores de risco associados à personalidade tipo A SCA, 39-41
 - inter-relação do cardiologista e psiquiatra, em programas de cardiologia, 53
 - pacientes hospitalizados com doença cardíaca, questões psicológicas, em cirurgia de peito aberto, 42-43
 - desfibriladores, 43-44
 - dispositivos para auxílio ventricular esquerdo, 42-43
 - marca-passos, 43-44

unidade de terapia intensiva, 41-43
 para depressão com doença cardíaca, 47-53
 para medo e ansiedade com a doença cardíaca, 43-45
 terapêutica, 45-46
 questões de tratamento
 sexo e doença cardíaca, 52-53
 Psicoestimulantes, 160-161
 Psicofarmacologia, 60-62
 Psicofarmacoterapia, 193-194
 Psiconefrologia
 insuficiência renal aguda, 74-76
 insuficiência renal crônica e diálise, 75-78
 potencial de inter-relação, 86-87
 questões de qualidade de vida e diálise, 77-82
 transplante renal, 82-84
 tratamento
 ansiolíticos, 85-86
 anticonvulsivantes, 86-87
 antidepressivos, 85-86
 complicações neuropsiquiátricas, 86-87t
 efeitos neuropsiquiátricos da medicação psicotrópica, 83t-84t
 lítio, 85-87
 neurolépticos, 83-86
 Psico-oncologia
 ansiedade e câncer, 57-59
 depressão e câncer, 58-62
 tratamentos, 60-67
 fobia de câncer, 55-56
 papel do psiquiatra na cessação do fumo, 68-70
 potencial de inter-relação, 71-72
 questões psiquiátricas relacionadas a tipos específicos de câncer
 câncer de mama, 66-67
 câncer de próstata, 67-68
 câncer ginecológico, 66-68
 câncer pancreático, 67-68
 doença de Hodgkin e câncer dos testículos, 67-68
 tumores cerebrais, 67-69

respostas psicológicas ao diagnóstico de câncer, 56-58
 técnicas de rastreamento para populações de risco, 70-72
 terapia em grupo, 68-69
 Psicose, 29-30
 Psicose por esteroide, 141-142
 Psicose pós-parto, 109-111
 Psicoterapia, 125-126, 158-159, 168-169
 catarse/método ventilatório, 220-221
 controle da raiva, 223-226
 esclarecendo as percepções do paciente, 227-228
 limitada pelo tempo, 231-233
 método de narrativa de vida psicodinâmica, 228-232
 psiquiatria de desastre, 252-254
 raiva interpretativa do *self*, 225-228
 técnicas de relaxamento e meditação, 233-235
 trabalho de sofrimento, 221-224
 valor terapêutico do “encontro com a morte”, 227-229
 Psicoterapia de apoio, 60-62
 Psiquiatria em desastres
 comunicação de risco, 254-255
 interação com sobreviventes, 252-253
 medicamentos, 253-254
 primeiros socorros psicológicos, 251-253
 princípios gerais, 249-251
 psicoterapia, 252-254
 questões com terrorismo, 253-255

Q

Questões psiquiátricas, relacionadas a tipos específicos de câncer
 câncer de mama, 66-67
 câncer de próstata, 67-68
 câncer ginecológico, 66-68
 câncer pancreático, 67-68
 doença de Hodgkin e câncer dos testículos, 67-68

tumores cerebrais, 67-69
 Quetiapina, 50-52, 103-104, 155-156

R

Raiva, 57-58
 Raiva interpretativa do *self*, 225-228
 Ranitidina, 124-125
 Rastreamento de câncer cervical,
 70-72
 Rastreamento do câncer de mama, 70
 Rastreamento para câncer da
 próstata, 70
 Regras de confidencialidade, 20-21
 Reimplantação de órgãos, 171-173
 Reserpina, 48-49
 Resposta ao sofrimento, 171-172
 Revisão da ficha hospitalar, 21-23
 Risco de suicídio, avaliação, 28-30
 Risperidona, 50-52, 103-104, 155-156
 Ritonavir, 185
 Rivastigmina, 157-158
 Rofecoxiba, 210-211

S

Sedação, 46
 Sertralina, 92-93, 160-161
 Sexo e doença cardíaca, 52-53
 Sildenafil, 79
 Simulação, 196-197
 Síndrome da fadiga crônica, 148-150
 Síndrome de Couvard, 101-103
 Síndrome de Cushing, 141-143
 Síndrome de Guillain-Barré, 129-130
 Síndrome de interrupção de ISRS,
 no recém-nascido,
 104-105
 Síndrome de Munchausen, 195-196
 Síndrome de privação do álcool,
 164-165
 Síndrome do bebê hipotônico, 105-106
 Síndrome do desequilíbrio, 80-81
 Síndrome do intestino irritável,
 125-126
 Síndrome pré-menstrual, 114-115
 Síndromes mentais orgânicas, 151
 Sintomas depressivos,
 análise, 28-29
 Sistemas de apoio, durante a gestação,
 100-101

Solicitação “imediata” para consulta,
 20-21
 Solicitação de consulta psiquiátrica,
 20-21
 Soroconversão, 179-180
 Suicidalidade aguda, 22-23
 Supersedação, 46

T

Tacrina, 157-158
 Técnicas de meditação, 233-235
 Técnicas de relaxamento, 233-235
 Temazepam, 85-86
 Terapia cognitivo-comportamental
 (TCC), 60-62, 132-133,
 189-190, 192-193
 Terapia de combinação de valproato-
 -colestiramina, 52-53
 Terapia de grupo, 68-69
 e câncer, 68-69
 Terapia de reposição hormonal,
 116-117
 Terapia eletroconvulsiva, 105-106,
 109-110
 Teste ANA, 146-147
 Teste de memória, 29-31
 Teste de Rastreamento do Alcoolismo
 de Michigan, 30-31
 Testes de isótopos radioativos, 138
 Tioridazina, 50-52
 Tiroxina, 138
 Topiramato, 86-87
 Torazina, 83-84
 Trabalho de luto, 221-224
 Transferências de embrião, 95-96
 Transplantes, 172-175
 Transplantes em dominó, 172-173
 Transtorno bipolar, 103-105, 151,
 161-162
 Transtorno de conversão, 190-191
 Transtorno de estresse agudo, 91-93
 Transtorno de somatização, 189-190
 Transtorno disfórico pré-menstrual,
 114-116, 115-116t
 Transtorno dismórfico corporal,
 192-194
 Transtorno do estresse pós-traumático,
 91-94, 169-170,
 178-179

Transtorno doloroso somatoforme, 193-194

Transtorno obsessivo-compulsivo, 27

Transtornos amnésicos, 158-159

Transtornos cerebrais orgânicos, 151

Transtornos cognitivos, 151

Transtornos da alimentação, 130-136

Transtornos mentais funcionais, 151

Transtornos neurológicos

- acidentes vasculares cerebrais (AVCs), 159-161
- delirium*
 - características clínicas do, 153-155
 - manejo de, 154-156
 - mnemônica, 152t
- demência
 - características clínicas, 156-158
 - manejo de, 157-159
- doença de Parkinson, 158-160
- esclerose múltipla, 160-163
- potencial de inter-relação, 163
- transtornos amnésicos, 158-159
- transtornos cognitivos, 151

Transtornos psiquiátricos durante a gestação

- ansiedade, 105-107
- depressão, 104-106
- esquizofrenia, 101-104
- transtorno bipolar, 103-105
- vírus da imunodeficiência humana (HIV), 106-107

Transtornos somatoformes

- hipocondria, 191-193
- mecanismos fisiopatológicos, 188
- potencial de inter-relação, 197
- simulação, 196-197
- transtorno de conversão, 190-191
- transtorno de somatização, 189-190
- transtorno dismórfico corporal, 192-194
- transtorno doloroso somatoforme, 193-194
- transtornos factícios, 194-197
- transtornos somatoformes inespecíficos, 193-194

Transtornos factícios, 168-169, 194-197

Trazodona, 49-50

Trifluoperazina, 101-103

Triglicerídeos, 117-118

Tristeza pós-parto, 107-109

Tumores cerebrais, 67-69

U

Urinálise, 74-75

Uso de substâncias

- álcool, 237-241
- benzodiazepínicos, 246-247
- cocaína, 244-247
- drogas de festas, 247-248
- entre gestantes, 99-101
- entre mulheres, 121-122
- nicotina, 241-244
- opioides, 243-246
- potencial de inter-relação, 248

V

Valproato, 47-48, 52-53, 104-105

Venlafaxina, 49-50

Verapamil, 48-49

Violência doméstica, 119-121

Vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- ansiedade e, 181-182
- depressão e, 179-181
- e gestação, 106-107
- e transtornos psiquiátricos, 176-180
- potencial de inter-relação, 186
- programas de exame, 70
- questões com a terapia
 - antirretroviral, 185-186
- síndromes dolorosas e, 183-185
- tendência ao suicídio em pacientes, 180-182
- transtornos cognitivos, 182-184
- transtornos psicóticos, 181-183

Vírus de Epstein-Barr, 148-149

Vivendo além dos limites (Spiegel), 68-69

Vômitos, 131-132

Vômitos crônicos, 131-132

W

Warfarina, 50-52, 85-86

Z

Ziprasidona, 50-52, 103-104